1891-92, N° 8 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY 1re Série, N° 341

DES

TUMEURS SOLIDES PRIMITIVES

DES

LIGAMENTS LARGES

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

DE LEUR HISTOIRE & DE LEUR PATHOGÉNIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 26 Juillet 1892

PAR

Gustave LANG

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Nancy (Meurthe), le 4 Mai 1868

Examinateurs : MM. GROSS, *Président.*
HERRGOTT, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0049

1891-92, N° 8 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY 1re Série, N° 341

DES

TUMEURS SOLIDES PRIMITIVES

DES

LIGAMENTS LARGES

ET PLUS PARTICULIÈREMENT

DE LEUR HISTOIRE & DE LEUR PATHOGÉNIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 26 Juillet 1892

PAR

Gustave LANG

INTERNE DES HOPITAUX

Né à Nancy (Meurthe), le 4 Mai 1868

Examinateurs : MM. GROSS, *Président.*
HERRGOTT, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ✪.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I ✪, TOURDES, O✱, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I ✪, TOURDES O ✱, I ✪, COZE ✱, I ✪

V. PARISOT ✱, I ✪, HERRGOTT ✱, I ✪, BÉCHET, I ✪.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, I ✪, professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS ✱, I ✪, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ ✱, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Hygiène	M. POINCARÉ ✱, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. HEYDENREICH, I ✪, professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, A ✪, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. MACÉ, A ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT A ✪, professeur.
Histologie	M. BARABAN, A ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, agrégé, A ✪, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS ✱, A ✪, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. SIMON, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. VAUTRIN A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A ✪.	MM. RENÉ, A ✪.	MM. SIMON, A ✪.
GUÉRIN, A ✪.	NICOLAS, A ✪.	REMY.
	VAUTRIN, A ✪.	P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON CHER PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MES MAITRES EN CLINIQUE

MESSIEURS LES PROFESSEURS HERRGOTT, BERNHEIM, HEYDENREICH ET SPILLMANN

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS ROHMER, VAUTRIN, ET REMY

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

HOMMAGE RESPECTUEUX

INTRODUCTION

Les tumeurs solides primitives des ligaments larges sont extrêmement rares, et on en compte les exemples. M. le professeur Gross ayant eu la bonne fortune d'en observer un cas au commencement de cette année, cas qui a d'ailleurs fait l'objet d'une communication de sa part au dernier congrès de chirurgie, c'est avec empressement que nous avons accepté l'occasion qu'il nous offrait d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale; d'autres raisons nous ont également engagé à entreprendre l'étude de ces tumeurs : outre que, depuis le mémoire de Sænger paru il y a quelque dix ans, aucun travail n'a plus été publié sur la question, outre que rien sur cette matière n'a encore été écrit en France, l'histoire de ces tumeurs mérite certainement plus que les quelques lignes qu'on leur accorde dans les traités et les ouvrages chi-

rurgicaux ou gynécologiques même les plus complets, ne fût-ce qu'au point de vue de leur pathogénie encore obscure et de leur diagnostic toujours incertain.

Nous avons rassemblé dans cette thèse toutes les observations (y compris quelques-unes douteuses) connues jusqu'ici de tumeurs solides primitives des ligaments larges ; nous avons, de plus, mis en lumière un point nouveau de leur pathogénie qui, à notre connaissance, n'a encore été signalé jusqu'ici par aucun auteur et qui, cependant, doit jouer un rôle important dans la genèse de ces néoplasmes.

Notre but n'étant pas d'insister longuement sur leur symptomatologie générale, leur pronostic et leur traitement, qui en somme sont ceux de toutes les tumeurs utérines ou ovariques à évolution pelvienne ou abdominale, nous avons glissé rapidement sur ces dernières parties, nous bornant à signaler quelques points intéressants de leur diagnostic, et nous avons, pour terminer, annexé à notre étude un tableau d'ensemble de tous les cas que nous avons recueillis.

Tel est exposé en quelques mots le plan que nous nous sommes imposé et la façon dont nous l'avons compris.

Avant de clore cette préface, qu'il nous soit permis ici d'adresser à M. le professeur Gross toute l'expression de notre sincère gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence

de notre thèse, et pour sa sympathie à notre égard durant les quelques mois que nous avons passés à son service.

Que M. le professeur Herrgott agrée la marque de notre plus vive reconnaissance pour la bienveillante amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre internat à la Maternité.

Nous sommes heureux de remercier M. le professeur agrégé Rohmer pour l'amicale bonté qu'il a constamment eue à notre égard alors que nous étions son interne à la clinique ophtalmologique et dont nous garderons toujours le meilleur souvenir.

Merci enfin à M. le professeur Weiss, ainsi qu'à M. le professeur agrégé Vautrin pour l'intérêt qu'il nous ont montré dans le cours de nos études médicales.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« Parmi les tumeurs solides des organes génitaux internes susceptibles d'être observées au cours des laparotomies, dit Sænger, il en est un groupe très rare et très restreint qui peut se glorifier d'une indépendance longtemps et universellement méconnue : c'est celui des tumeurs « *desmoïdes* » primitives des ligaments larges, en particulier des fibromes et des fibro-myomes. »

Et, en effet, ces tumeurs ne sont réellement connues que depuis quelques années seulement ; Safford Lée (90) [1847], Kiwisch (51) [1849], Scanzoni (95) [1863], Klob (55) [1864], Weit (112) [1867], enfin et surtout Virchow (115) [1863] attirent les premiers l'attention sur elles et admettent qu'il est possible que de semblables forma-

tions néoplasiques se développent dans les ligaments larges, sans toutefois qu'elles puissent acquérir un volume bien considérable.

L'observation de Schetelig (98) [1870], celles de Schmid-Breisky (99) [1878], de Mikulicz (75) [1879], et bien antérieurement le cas de Hecker (45) [1864] découvert fortuitement, viennent cependant à l'encontre de cette dernière assertion, en montrant que non-seulement il peut se développer primitivement dans les ligaments larges des tumeurs solides, mais que ces tumeurs peuvent même acquérir un volume énorme, analogue à celui des kystes ovariques ou des fibro-myomes utérins. L'observation de Sænger (91) [1880] et l'important mémoire qu'il publie à cette occasion mettent enfin en pleine lumière la question, en faisant voir qu'elle n'est pas un des chapitres les moins importants de la pathologie gynécologique.

Les thèses de Middelschulte (76) [1884] et de Bilfinger (7) [1887] citant toutes les observations antérieures et deux cas personnels marquent une nouvelle et dernière étape, au-delà de laquelle on ne trouve plus rien sur la question, sauf cependant la communication de Bayard Holmes (5) [1888] et des observations éparses citées comme par hasard et sans qu'on y attache aucune importance.

Et cependant il y a des auteurs qui postérieurement à l'observation de Schetelig [1870], postérieurement même au mémoire de Sænger [1880],

semblent méconnaître entièrement, non seulement que les tumeurs solides primitives des ligaments larges puissent acquérir un volume considérable, mais même qu'elles puissent exister.

C'est ainsi que Gaillard Thomas (36) [1879], Emmet (28) [1887] ne consacrent même pas une ligne de leurs traités techniques aux tumeurs solides primaires des ligaments larges, que Beigel-Hermann (6) [1875] et Bandl (8) [1877] leur refusent un volume plus gros que celui d'une cerise et que Schrœder (101) (1879) n'admet pas leur existence. Toutefois Barnes (4) [1876], Winckel (114) [1878], de Sinety (21) [1879], Courty (18) [1881], Hart et Barboux (43) [1886] sont moins restrictifs tout en se bornant à reproduire les idées de Virchow à ce sujet, et, sans laisser supposer qu'ils accordent ou refusent à ces tumeurs un volume comparable à celui des grandes tumeurs abdominales (kystes ovariques ou myomes utérins par exemple), ils se contentent d'admettre la possibilité de leur existence.

Enfin Martin (73) [1889] et Pozzi (83) [1890] dans leurs traités consacrent quelques lignes à ces néoplasmes, tout en leur accordant une bien petite place, il faut le dire, au milieu de la littérature gynécologique.

En dernier lieu Lassalle (63) [1891] parlant des tumeurs solides incluses dans les ligaments larges, s'attache surtout à la question de leur traitement; et se contentant d'indiquer dans son tableau

d'ensemble de ces tumeurs qu'il peut y en avoir de solides primitives, il n'en rapporte aucune observation, « car, ajoute-il, il s'en faut de beaucoup que les tumeurs incluses dans les ligaments larges aient toutes la même importance et surtout la même fréquence : à côté de relations si nombreuses de fibro-myomes utérins combien compte-t-on de faits authentiques de fibromes de l'ovaire ou de lipomes des ligaments larges ? »

Disons de suite qu'avec lui nous n'admettons comme tumeurs solides des ligaments larges que les variétés suivantes et leurs combinaisons en formes mixtes :

Tumeurs solides des Ligaments larges	Fibromes ou Fibromyomes	Tumeurs bénignes.	
	Myomes Kystiques		
	Lipomes		
	Sarcomes ou Fibrosarcomes	Tumeurs malignes.	
	Sarcomes Kystiques		
	Epithéliomes ou Carcinomes		

Nous laisserons de côté les tumeurs papillomateuses, comme en ont décrit Drysdale, (25) By-Ford (14) Jones (49), qui sont toujours des productions kystiques plus ou moins développées, et qui comme telles rentrent dans une catégorie de néoplasmes entièrement en dehors de notre sujet, et aussi, cela va sans dire, les kystes dermoïdes et fœtaux.

CHAPITRE II.

GÉNÉRALITÉS.

Est-il nécessaire avant d'aborder l'étude de notre sujet de faire l'anatomie complète des ligaments larges ? Nous ne le croyons pas, car ce serait là, nous semble-t-il, répéter, sans aucun intérêt, ce qui a déjà été dit, mieux d'ailleurs que nous ne pourrions le faire nous-mêmes, d'une part par tous les anatomistes et gynécologistes qui ont consacré quelques lignes, si peu nombreuses qu'elles soient, aux affections des ligaments larges, d'autre part par certains auteurs qui se sont occupés de la structure des ligaments larges, à un point de vue anatomique ou anatomo- pathologique, notamment Rouget (88) [1855-1858], Luschka (71) [1864], Klebs (52) [1865], Erbstein (29) [1866], Kœlliker (56) [1867], Henle (47) [1873], Guérin (41) [1879],

Lebec (66) [1881], Lallement (59) [1881], Fischel (31) [1885], Charpy (15) [1886], Killian (50) [1886], Lawson-Tait (65) [1889] et Balp (1) [1890].

Nous devons seulement passer en revue les différentes opinions exposées jusqu'ici, par les auteurs sur la possibilité de l'existence de tumeurs solides primitives des ligaments larges en particulier des fibromyomes pour voir par quelles phases différentes a passé leur histoire et combien on a été longtemps avant de leur accorder une autonomie complète.

Ce sera à la fois un complément utile et une introduction heureuse à l'étude de leur pathogénie et des preuves de leur existence.

Sænger nous montre par un exemple relativement récent, qu'il interprête d'une façon différente et contraire de celle de son auteur, comment on a été directement amené pour les gros fibromyomes des annexes, dont l'origine, en raison de leur situation même, ne peut être placée ni dans l'utérus ni dans l'ovaire, à attribuer cette origine au ligament large lui-même.

« Fordyce Barker (33), dit-il, présentait, dans la séance de la Société obstétricale de New-York, du 4 novembre 1879, une tumeur qu'il supposait être primitivement un fibrome kystique de l'ovaire. Mais lorsqu'il lui fut objecté dans la discussion que les tumeurs fasciculées de l'ovaire ne possédaient pas de fibres musculaires lisses, alors il se rangea à l'idée de « myome kystique de l'utérus

à large pédicule simulant une tumeur fibro-kystique du ligament large. »

Le motif, sur lequel cet auteur s'appuyait pour affirmer l'origine utérine de la tumeur qui s'étendait de l'appendice xiphoïde jusque dans la cavité pelvienne, à laquelle la malade, âgée de 45 ans, avait succombé, ce motif n'était à proprement parler basé que sur ce fait que, microscopiquement, le néoplasme était surtout formé de fibres musculaires lisses, comme l'est indubitablement un myome kystique de l'utérus, se pédiculisant de plus en plus jusqu'à ce que le lien qui le rattache à l'utérus devienne si mince, qu'à l'autopsie, dans le cas particulier, les assistants ont pu supposer qu'ils avaient affaire à un fibrome kystique du ligament large. Mais comme le terme de « pédiculé » peut vouloir dire qu'il y avait seulement un pédicule musculaire partant du ligament large, et aucun reliant la tumeur à l'utérus, je n'hésite pas, déclare Sænger, à regarder le cas de Fordyce Barker comme un fibro-myome kystique du ligament large. Vraisemblablement, ajoute-t-il pour finir, on trouverait peut-être, si l'on faisait la critique de cette partie de la littérature médicale, un grand nombre de cas analogues qui se prêtent ainsi à l'équivoque. »

Sænger mentionne seulement pour mémoire un cas semblable de Neugebauer, un de Tanner.

Ainsi donc, jusqu'à cette époque, on considérait comme impossible l'origine de gros fibro-myomes

dans les ligaments larges, et cependant plusieurs auteurs déjà, comme l'a montré notre historique, avaient depuis un certain temps admis l'existence de tumeurs indépendantes de l'utérus, nées dans ses annexes, tumeurs peu volumineuses, il est vrai, susceptibles néanmoins d'acquérir parfois un volume comparable à celui des fibro-myomes utérins.

Klob (55) un des premiers, se demande si des corps fibreux peuvent se développer spontanément dans les ligaments larges : pour lui, il considère tous les faits de ce genre observés jusqu'alors comme des cas de corps fibreux utérins qui se sont insinués entre les deux feuillets du péritoine; quant aux petits noyaux fibreux que l'on peut rencontrer dans ces derniers organes, il pense que ce sont là bien plutôt des phlébolithes, peu rares en cette région.

Kiwisch (51) avait du moins admis la formation primitive en dedans des ligaments larges de petites tumeurs fibreuses : mais tous les gros fibromes étaient considérés par lui, comme émanés de l'utérus et restés en connexion avec lui par un pédicule relativement mince, analogues aux fibromes utérins sous péritonéaux qui s'élèvent dans la cavité abdominale.

Scanzoni (95) dit, il est vrai, qu'il n'est pas si rare qu'on le croit de rencontrer de petits nodules fibreux variant de la grosseur d'un pois à celle d'une cerise dans les différents feuillets périto-

néaux environnant l'utérus, et qu'il n'est pas invraisemblable qu'ils aient pour origine de petits extravasats sanguins ; mais par contre les plus grosses tumeurs naissent, constamment d'après lui, de la partie latérale de l'utérus, et plus tard gagnent alors l'interstice des feuillets ligamentaires.

Virchow (115) le premier admet bien nettement l'existence de myomes primitifs des ligaments larges : « il importe, dit-il, de *distinguer les myomes intra-ligamentaires de l'utérus des myomes primitifs des ligaments larges.* » Sans doute il admet aussi que la majeure partie des myomes des ligaments larges sont devenus intraligamentaires et étaient primitivement sous péritonéaux ou interstitiels « mais, ajoute-t-il, il se présente cependant des cas où les tumeurs sont tellement éloignées de l'utérus, qu'on ne peut leur découvrir aucun rapport avec lui. Ainsi j'ai trouvé, dit-il, un fibro-myome de structure caractéristique et de la grosseur d'un haricot dans les ligaments larges, immédiatement au-dessous du ligament ovarique, à une grande distance de l'utérus et de l'ovaire. Il y avait endométrite et ovarite indurées. Sans doute leur siège peut facilement éveiller une autre idée. Grohe et Klebs ont cité des cas où il existait d'un côté un ovaire double, de l'autre un ovaire simple, cas où probablement un ovaire simple à l'origine avait été séparé en deux parties par une affection survenue pendant l'état fœtal.

Or, comme il se présente aussi des myomes de l'ovaire, on peut penser qu'une partie séparée d'un ovaire puisse être affectée de myome. Cependant tous les cas ne sont pas justiciables de cette explication, car on trouve aussi de ces tumeurs, bien qu'en général très-petites, dans des endroits assez éloignés des ovaires et du ligament ovarique. »

De ce fait, Virchow conclut donc à l'existence de tumeurs primitives de cette sorte, quoique jusque-là il n'ait manifestement vu aucun fibromyome plus gros des ligaments larges.

Beigel Hermann (6) dit également que « parmi les tumeurs solides des ligaments larges les plus fréquentes relativement sont les corps fibreux ; ils n'atteignent cependant jamais un volume capable de leur faire exercer une influence considérable sur les organes voisins et *n'offrent donc par ce fait même aucun intérêt pratique* ; on n'a encore jusqu'ici observé aucune tumeur de ce genre plus grosse qu'une cerise. Certainement, ajoute-t-il, les ligaments larges peuvent, comme cela arrive pour les kystes, renfermer des tumeurs d'un plus gros volume, mais de semblables tumeurs viennent toujours de l'utérus, s'insinuant en se développant entreles feuillets du ligament large. »

Barns (4) dit de même qu'il peut se développer des fibroïdes ou des fibromyomes (sans spécifier le volume qu'ils peuvent acquérir) dans les liga-

ments larges ; ils viennent du tissu fibreux compris entre les plis du ligament.

Winckel (114) consacrant quelques lignes aux myomes des ligaments larges admet aussi qu'originairement ils sont sous-séreux, puis deviennent interstitiels et abandonnent la paroi de l'utérus pour s'insinuer ensuite entre les feuillets du ligament large. « Cependant, ajoute-t-il, il nous a été donné d'observer une tumeur d'un diamètre de 2 c. à 2 c. 1/2 si éloignée de la paroi de l'utérus, de la trompe, de l'ovaire droit et du ligament de l'ovaire, qu'il faut bien admettre comme possible son origine primitive dans le ligament large ; cette pièce offre une série de bouclures rondes et est entièrement calcifiée. Sous le péritoine des trompes et du ligament large, dans le voisinage de ces organes, il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs de la grosseur d'un pois contenant en partie des fibres musculaires (tumeurs myomateuses) ; mais les tumeurs de cette sorte, de la grosseur de celle que nous citons plus haut, calcifiée dans le ligament large droit, sont extrêmement rares et sur 400 autopsies nous n'avons pas trouvé une seconde fois la pareille. »

De Sinety (21) reproduit les idés de Virchow et de Klob ; « de plus, dit-il, on peut voir de petites excroissances fibreuses à la suite des inflammations, ou même en l'absence de cause phlegmasique sur divers points des ligaments larges ; on y rencontre également des productions fibreuses

de la grosseur d'un grain de chénevis ou d'un pois, simulant des ovaires surnuméraires, par la présence dans leur stroma de cavités kystiques tapissées d'épithélium vibratile. Sans l'aide du microscope, il est impossible de préciser leur nature. On n'a pu jusqu'à présent rattacher la présence de ces néoplasies de volume minima à aucune manifestation pathologique. *Elles n'offrent donc qu'un intérêt purement anatomique.* »

Bandl (8) soutient l'opinion que les gros fibromes (ettumeurs analogues) ne naissent pas des ligaments larges.

Courty (18) reproduit absolument les idées de Virchow et de Winckel, de même que Hart et Barbour (43) qui se contentent de dire simplement que les ligaments larges peuvent présenter des corps fibreux.

Schrœder (100) soutient que beaucoup de myomes, fibromes et fibro-myomes siègeant dans les ligaments larges sont en réalité d'origine utérine: ils se sont avancés dans les ligaments larges et leur pédicule s'est ensuite séparé de cet organe.

Cet auteur va même jusqu'à considérer la tumeur de Schételig (myome kystique du ligament large) comme provenant de l'utérus.

Sænger (91) est le premier après Virchow qui reconnaît l'indépendance absolue de myomes du ligament large.

Martin (73) quoique ne possédant pas de documents personnels relatifs à ces tumeurs reconnaît

cependant leur existence ajoutant qu'elles n'ont aucun rapport avec l'utérus, se développent entre les feuillets du ligament large et s'accroissent du côté de la cavité abdominale où elles font saillie.

Pozzi (83), sans apporter de fait personnel à l'appui de cet opinion,admet cependant également l'existence de myomes du ligament large.

Disons de suite qu'à côté de ces myomes ou fibro-myomes des ligaments larges proprement dits on a observé des exemples de tumeurs analogues extrapéritonéales, *sans connexion aucune ni avec l'utérus, ni avec les ovaires*, développées dans le tissu cellulaire sous et retro-péritonéal. Trois cas en ont été observés à la clinique de Langebeck, deux décrits par Stein (105), le troisième par Kroenlein (58).

Mais ce ne sont pas là des tumeurs des ligaments larges à proprement parler, et nous devons les laisser de côté.

CHAPITRE III.

PREUVES DE L'EXISTENCE DE TUMEURS PRIMITIVES SOLIDES DES LIGAMENTS LARGES. ORIGINE ET PATHOGÉNIE.

Aujourd'hui plusieurs catégories de preuves, preuves dont quelques-unes expliquent en même temps leur origine et leur pathogénie, militent en faveur de l'existence de tumeurs solides nées primitivement dans les ligaments larges.

Elles sont de 3 ordres :

I. — *Preuves anatomiques* :

a) Fournies par l'anatomie normale : Structure même des ligaments qui contiennent en abondance les éléments de certaines de ces tumeurs.

b) Fournies par l'anatomie pathologique :

1° Présence de ces éléments dans certaines tumeurs kystiques nées dans les ligaments larges

2° Considération d'anatomie pathologique générale et comparée.

II. — *Preuves embryologiques* { basées sur l'existence dans les ligaments larges de restes ou de fragments d'organes embryonaires ectasiés ou non.

III. — *Preuves cliniques* { *a*) Absence de connexions avec l'ovaire ou l'utérus pour les tumeurs qui sont intraligamentaires. *b*) Présence d'un pédicule les rattachant au ligament large pour celles qui sont juxta-ligamentaires.

Nous allons successivement passer en revue ces différentes preuves, en nous arrêtant plus particulièrement sur celles qui sont surtout de nature à éclaircir l'origine et la pathogénie de ces néoplasmes.

I. — Preuves anatomiques

a) FOURNIES PAR L'ANATOMIE NORMALE.

a) « Comme le dit Sænger (91), ce qui explique toujours l'origine utérine de tumeurs intra-ligamentaires, c'est la présence d'un pédicule, qui peut se rompre certainement quand on le dégage, mais qu'on peut toujours retrouver. Or les ligaments larges contiennent en quantité ces éléments histologiques, notamment des fibres musculaires lisses que l'on croit, même dans les cas de fibromyomes trouvés absolument isolés, devoir toujours faire provenir exclusivement de l'utérus : leur présence est en effet bien démontrée, et qui empêche alors de supposer que chez certains individus elles sont richement et particulièrement dé-

veloppées et peuvent ainsi servir à la production d'une tumeur myomateuse aussi volumineuse que celles de la matrice ! »

C'est Rouget (88) le premier qui met en pleine lumière, non seulement l'existence, mais même la disposition des fibres musculaires lisses dans les ligaments larges.

« Chez la femme, dit-il, un observateur même exercé méconnaîtrait probablement la présence de faisceaux musculaires dans les ligaments péritonéaux des organes génitaux, s'il n'était prévenu de certaines particularités importantes : le tissu musculaire ne forme pas là une membrane continue, mais une espèce de canevas à mailles larges, entremêlées de réseaux musculaires et nerveux, le tout recouvert et masqué par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux ; ceux-ci emprisonnent tellement les faisceaux contractiles qu'il est impossible d'isoler ces derniers à l'état frais sans altérer leur texture par les violences mécaniques, au point que les éléments en deviennent complètement méconnaissables et sont nécessairement confondus avec les filaments du tissu conjonctif fibroïde ; il faut certains artifices de préparation pour les rendre apparentes et reconnaissables.

Il est facile, ajoute cet auteur, de constater que, de même que chez les autres mammifères, l'utérus et ses annexes sont compris dans l'épaisseur d'une large membrane musculaire dont les prétendus

ligaments péritonéaux ne sont que des dépendances ; d'ailleurs le tissu musculaire existe déjà à la naissance dans les organes génitaux de la femme et à l'aide de faibles grossissements (de 6 à 15 diam.) et même à l'œil nu, dans quelques points, on peut suivre la marche, la direction des faisceaux contractiles que l'ordre et la régularité de leur arrangement distinguent du feutrage confus de tissu conjonctif. »

Klebs (53) met aussi en évidence l'existence dans les ligaments larges de fibres musculaires plus ou moins développées et cependant ne les regarde que comme des agents de fixation de l'utérus et, ainsi que Rouget, destinés à faciliter le cours du sang hors de cet organe. « A l'époque de la grossesse, ajoute-t-il, elles s'hypertrophient en même temps que l'utérus et maintiennent ce dernier. »

Henle (47) fait se perdre dans les ligaments larges l'épanouissement des fibres musculaires de l'utérus ; il expose ensuite comment, à l'origine, il y a une transition insensible entre les fibres ligamenteuses et les faisceaux musculaires qui rayonnent du corps de l'utérus dans les ligaments larges, courant et s'étendant transversalement jusqu'à l'ovaire. Il n'y a que dans le ligament infundibulo-pelvien où Henle ne trouve pas de fibres musculaires où, par contre, Erbstein prétend en avoir trouvé.

Luschka (71) à qui nous devons la découverte du muscle organique rétracteur de l'utérus, situé

dans le cul de sac de Douglas, décrit la musculature lisse des ligaments larges en ces termes : « La partie inférieure des ligaments larges contient surtout beaucoup de faisceaux sanguins et lymphatiques et aussi des fibres musculaires lisses qui rayonnent transversalement de la surface de l'utérus entre les feuillets de ces ligaments. Pendant la grossesse, ces organes acquièrent, parmi les autres annexes, un volume et une résistance dépassant de beaucoup celle qui leur est habituelle. J'ai constaté aussi ces modifications dans les cas où les ligaments larges avaient subi un tiraillement considérable, en particulier dans les cas de prolapsus utérin prolongé et porté à un degré excessif. Dans cette partie du ligament large qu'on appelle *ala vespertilionis*, mais seulement dans son bord latéral, j'ai rencontré quelques minces faisceaux musculaires au point de jonction des limites extrêmes de la trompe et de l'ovaire (ligament infundibulo-ovarien de Henle), fait qui peut parfaitement établir un rapprochement entre les deux organes. »

Killian (50) dit enfin, comme Rouget, que la couche musculaire lisse n'est pas uniformément répartie dans les ligaments larges mais s'y trouve sous formes de faisceaux séparés, plus ou moins gros, ayant des directions différentes.

b) FOURNIES PAR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

b) 1° *Structure de certaines tumeurs kystiques des ligaments larges.*—Mais comme le fait observer Sænger, des preuves beaucoup plus importantes, non seulement de l'existence parfois de puissantes couches musculaires lisses dans les ligaments larges, mais encore *de leur participation à la production des tumeurs*, nous sont fournies par les kystes des ligaments larges.

C'est ainsi que Spiegelberg (104) trouve la paroi du premier kyste opéré par lui composée de trois couches dont la plus externe constituait une enveloppe musculaire spéciale : « Les travées de cellules musculaires, dit-il, ne se trouvaient que dans la couche la plus externe ; la couche moyenne, cependant, montrait aussi quelques rares groupes de cellules musculaires. Ces cellules provenaient manifestement du ligament large, qui, comme on le sait, renferme normalement des cellules musculaires. »

Lawson Tait (97) trouve également des quantités de fibres musculaires lisses dans la paroi d'un kyste du ligament large.

Dans un cas de kyste du parovarium cité par Scanzoni (96) et opéré par Müller, il y avait aussi, d'après Klebs, des places au niveau desquelles se trouvaient « reconnaissables déjà macroscopiquement et sous la séreuse, des couches de fibres mus-

culaires lisses épaisses de 2 à 3 millimètres. » Sur cette pièce un observateur antérieur, Recklinghausen, n'avait pas trouvé de couche musculaire. De même Gusserow (42) dans un autre cas en avait remarqué l'absence. Fischel (31) s'élève contre cette assertion et n'hésite pas à affirmer, après l'examen minutieux de deux cas décrits par lui avec beaucoup de soin, que ces observateurs dans leurs recherches sont tombés par hasard sur des places qui ne renfermaient pas de fibres musculaires. Dans ces deux cas, il s'était en effet formé une sorte d'enveloppe musculaire à laquelle adhérait, par une mince couche de tissu conjonctif lâche, la séreuse avec son épithelium plan ; mais en certains endroits les faisceaux musculaires n'étaient pas suffisamment épais pour qu'on pût les considérer comme formant un véritable revêtement musculaire continu. La disposition, en beaucoup de places, était celle d'un réseau à larges mailles l'emportant sur le tissu conjonctif. « Je pourrais poser en principe, conclut Fischel, que cette couche musculaire doit certainement exister dans la plupart des cas et que, depuis que Spiegelberg a nettement montré qu'elle dérive de la musculation du ligament large, ce fait non seulement n'a rien d'étonnant, mais même paraît absolument s'expliquer de lui-même. » On pourrait, il est vrai, objecter à ces auteurs que ces prétendus kystes parovariques n'étaient en réalité que des dilatations kystiques des trompes et qu'alors il n'y avait

rien d'étonnant à ce que leurs parois renfermassent des fibres musculaires lisses ; mais si cette explication peut à la rigueur suffire pour des tumeurs kystiques de petit volume, il ne peut plus en être ainsi pour les faits rapportés par Spiegelberg, Lawson Tait, Scanzoni, où il s'agissait de kystes trop volumineux pour qu'on pût leur attribuer une origine tubaire.

2° *Considérations d'anatomie-pathologique générale et compurée.* — « L'anatomie pathologique générale et comparée, dit Sænger, nous fournit encore d'autres preuves de la possibilité du développement spontané des fibromyomes dans les ligaments larges ; ces néoplasmes sont à ranger sans hésitation oncologiquement et topographiquement à côté des tumeurs conjonctives *(desmoïdes* de Sænger) prépéritonéales de la paroi abdominale, étant de même nature ; celles-ci se développent en dehors du péritoine dans les muscles abdominaux, dans le tissu conjonctif lâche sous-séreux du péritoine pariétal, provenant de faisceaux musculaires de la cloison recto-vaginale ordinairement ou de l'aponévrose. Elles sont presqu'exclusivement extra-péritonéales pour citer ce caractère signalé par Luschka, mais peuvent comme le montre un cas personnel se faire jour, ainsi formées, dans la cavité péritonéale.

Dans une observation communiquée en détail par Grætzer (39) de tumeur bilatérale de la paroi abdominale opérée par Spiegelberg, l'examen microscopique montra du côté droit tous les carac-

tères d'un fibromyome avec fibres musculaires lisses relativement larges et rubannées, ayant des noyaux ovales et brillants : « Cette constatation de fibres lisses dans une tumeur née du fascia (?), dont le voisinage direct ne se trouvait être que des muscles striés de la paroi abdominale, n'est assurément pas sans intérêt, ne serait-ce, pense Grætzer, que pour expliquer l'hypothèse de Conheim sur la situation embryonnaire des tumeurs. »

Sænger interprète ainsi ce fait : « Grâce à une complication se produisant à un stade quelconque du développement embryonnaire sur les limites qui séparent les systèmes fibro-tendineux et séreux, il peut survenir une hypertrophie ou une aberration de développement du premier de ces deux groupes cellulaires, donnant lieu ainsi à sa prédominance et à son apparition ultérieure ; ces productions pourraient aussi provenir des vaisseaux, comme dérivant du méso-derme ou encore être des restes embryonnaires de fibres striées, ou enfin des fibres lisses éparses provenant du feuillet intestinal ; chaque cas de myome pur devant dériver des fibres musculaires lisses, ce serait la dernière hypothèse qui nous satisferait le mieux. »

Ainsi donc les tumeurs de la paroi abdominale se comportent à l'égard du péritoine pariétal comme les tumeurs libres intraligamentaires à l'égard du dédoublement péritonéal que forment les ligaments larges. Mais dans la paroi abdominale ce sont surtout les fibromes purs, les fibro-

myomes, les fibrosarcomes qui sont fréquents, tandis que dans les ligaments larges des conditions bien plus favorables au développement des fibromyomes sont fournies par la présence d'épaisses fibres musculaires lisses. Si l'origine des fibres lisses des fibromyomes de la paroi peut très simplement être placée dans le feuillet intestinal, celle des fibres lisses de ces mêmes tumeurs dans les ligaments larges doit se trouver dans les canaux de Müller. On peut aussi supposer que, grâce à un développement rudimentaire de ces derniers, des fibres lisses peuvent arriver à travers le canal inguinal jusqu'à la paroi abdominale.

Les myomes peuvent, on le sait se développer dans tous les organes où préexistent des fibres lisses (œsophage, estomac, prostate etc...) ; mais jamais ils n'y acquièrent le volume des myomes et fibromyomes de l'utérus qui trouvent dans cet organe déjà naturellement si vasculaire et toujours hyperémié quand il est le siège d'une tumeur, un terrain excessivement riche et favorable à leur développement. Hofméier (48) a montré quelle influence le cours du sang non seulement dans l'utérus lui-même, mais encore dans les ligaments larges, pouvait avoir sur le développement des fibromyomes : y a-t-il lieu de s'étonner alors de ce que, dans les ligaments larges qui portent une grande partie des vaisseaux de l'utérus et de ses annexes, des fibromyomes ayant un petit volume

au début, puissent ultérieurement acquérir un développement considérable ?

Et cependant, tout à l'encontre de ces raisons anatomiques, certains auteurs ont pu regarder hypothétiquement beaucoup de tumeurs solides des ligaments larges comme provenant d'un ovaire anormal ou « accessoire » [Grohe (40), Klebs (52), Klob (55), Waldeyer (111), Olshausen (78), Beigel (67), de Sinety (22), Kocks, Winckel (114).]

« S'il en est ainsi, dit Sænger, cela me semble tenir à ce que Schrœder s'est demandé si les prétendus fibro-myomes de l'ovaire ne venaient pas constamment de l'utérus, tandis que les fibromes purs seraient d'origine ovarienne. Or, distinguer si un fibrome vient de l'utérus ou de l'ovaire, cela pourrait, même après la mort, être excessivement difficile, car les fibromes utérins (dont le pédicule, s'il existe, peut en imposer pour le ligament de l'ovaire) ont aussi la même situation que les fibromes ovariens ; l'ovaire peut aussi être atrophié par compression ou bien se confondre avec la tumeur au point de sembler en faire partie intégrante. »

Spiegelberg (104) et avec lui Léopold (69) avaient déjà émis l'opinion à l'encontre de Spencer-Wells, que l'origine ovarienne des fibro-myomes sortant du bassin est toujours à mettre en doute. Sans nier absolument le cas observé par Lücke et Klebs (70) d'un fibro-myome de l'ovaire, Léopold (69) déclare, en citant les différentes opinions des auteurs sur les

fibres musculaires lisses de l'ovaire exposées dans Waldeyer (111) et Stricker (106), que lui-même, ni dans un cas de fibrome décrit par lui, ni dans d'autres tumeurs ovariennes, ni enfin dans l'ovaire normal n'a trouvé des fibres musculaires lisses. « Et, fait remarquer Sænger, quand, en opposition avec Léopold, Rein (84) soutient que « dans l'ovaire il peut parfaitement se développer en dehors des kystes les mêmes tumeurs que dans l'utérus, attendu que cet organe renferme les mêmes éléments que l'utérus, c'est-à-dire une trame conjonctive et du muscle lisse », il se contredit lui-même du tout au tout dans son affirmation, en remarquant que le fibro-myome lymphangectiasique, par exemple, n'a pas encore été observé dans l'ovaire. »

« Moi-même, dit Sænger, si je ne voulais absolument pas m'en rapporter à l'autorité de Sangalli (115), qui, en opposition absolue avec Léopold, Fischel, Spiegelberg et d'autres, décrit un myome pur de l'ovaire de la grosseur d'un œuf de poule, je pourrais néanmoins m'en rapporter à celle de Virchow (115), qui montre que des fibromes manifestes de l'ovaire contiennent, quoique parfois en très petite quantité, des fibres musculaires bien développées : « Et cependant, dit-il, autant les tumeurs fibreuses de l'ovaire ressemblent aux fibromyomes utérins par leur apparence extérieure, l'aspect de leur surface de section, leur consistance et leurs métamorphoses ultérieures, autant elles en

différent par leur structure histologique qui ne révèle que peu ou point de fibres musculaires apparentes et parfaites, et à ce point de vue il n'y a certes rien d'étonnant, ajoute cet auteur, à ce que nous ne puissions distinguer que difficilement des cellules musculaires, toutes petites, peu développées ou atrophiées de cellules conjonctives, et que, peut-être, ce soit là, précisément, ce qui arrive ici le plus souvent. » En ne reconnaissant, conclut Sænger, au milieu de ces divergences d'opinions, aucune raison d'écarter toute origine ovarienne des fibro-myomes, je crois, en adoptant une opinion intermédiaire, *qu'une partie des fibromyomes attribués à l'ovaire, aussi bien qu'une partie de ceux attribués à l'utérus, doivent être imputés aux ligaments larges.* »

II. — Preuves tirées de l'embryologie

Nous avons déjà vu, à propos de la discussion soulevée par plusieurs auteurs au sujet de l'origine possible de certaines tumeurs solides des ligaments larges d'ovaires normaux ou « surnuméraires » que ces derniers existent bien réellement et plus souvent qu'on ne le croit dans les ligaments larges (observations de Grohe, Waldeyer, Beigel, Winckel) ; ils peuvent ainsi devenir, tout comme l'ovaire normal, le point de départ de ces tumeurs, qui alors semblent absolument indépen-

dantes de ce dernier surtout si le pédicule qui au début reliait celui-ci aux ovaires surnuméraires est venu à disparaître, ou si, comme dans le cas de Grohe (40) où il existait trois ovaires, un à droite, deux à gauche, le surnuméraire, éloigné de l'utérus et de l'ovaire normal n'a jamais eu aucune connexion avec ce dernier.

D'autre part, nous connaissons déjà le rôle important que joue dans les productions kystiques des ligaments larges, la présence dans ces derniers d'organes ou de fragments d'organes embryonnaires, les restes du corps de Wolff par exemple, [(Kœllicker, cité par Fischel (32), Waldeyer (111)] représentés par l'organe de Rosenmüller et les canaux de Gærtner chez la femme adulte.

Or nous croyons qu'il en est peut-être de même pour les tumeurs solides des ligaments larges et qu'il se peut que ces restes d'organes primitifs ne soient pas étrangers à la production de ces néoplasmes. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation de Cushier (XLIX) qui retrouve dans un fibrosarcome du parovaire des canalicules qu'il regarde comme *des corps de Wolff considérablement hypertrophiés*.

Mais, fait plus important qui peut expliquer bien simplement la pathogénie de certaines tumeurs solides des ligaments larges, notamment des tumeurs sarcomateuses ou embryonnaires et que, cependant, aucun auteur n'a encore signalé jusqu'ici à ce point de vue, à côté de ces vestiges du

corps de Wolff, dont l'existence dans les ligaments larges est d'ailleurs assez normale, on a pu y constater la présence d'organes supplémentaires ectasiés. C'est ainsi que Marchand (72) a trouvé, chez des enfants, il est vrai, des *capsules surrénales accessoires* dans les ligaments larges. Il rapporte six observations de ce genre dont cinq concernaient des enfants nouveaux-nées ou âgées de quelques mois et une seule, une enfant âgée de un an et demi. « Ces corpuscules, dit-il, sont constamment petits, de 2 à 3 mm. de diamètre, sphériques, de cololoration jaunâtre et se composent exclusivement d'une substance corticale dont les cellules entre lesquelles courent des vaisseaux, sont disposées radiairement; vers le milieu du corpuscule les vaisseaux se réunissent en un plus gros tronc en relation avec le plexus veineux spermatique interne, tout voisin : il n'y a aucune trace de substance médullaire. Les cellules sont semblables comme forme et comme disposition aux cellules épithéliales; tout à la périphérie elles sont plus serrées et plus petites que dans le milieu; il n'y a pas de couche pigmentaire spéciale, mais les cellules périphériques renferment des gouttelettes graisseuses en quantité. Le siège de ces corpuscules, est dans la plupart des cas, le bord libre du ligament large dans le voisinage de l'ovaire non loin du plexus veineux qui donne naissance à la veine spermatique interne; ils siègent d'abord

entre les feuillets des ligaments larges et s'élèvent ensuite au-dessus de leur bord libre.

Dagonet (20), d'après ses recherches personnelles sur la formation de ces capsules surrénales accessoires, en admet la genèse, soit par bourgeonnement, soit plus fréquemment par segmentation des capsules surrénales, ce dernier processus lui paraissant le plus important et étant, suivant lui, en rapport avec le développement intra-utérin.

Mais quel que soit le mode primitif de formation de ces corpuscules, que ce soit par bourgeonnement ou par segmentation, il faut maintenant expliquer leur présence au niveau des ligaments larges ; et voici de quelle façon, suivant Marchand : « Ces organes, dit-il, sont des fragments des capsules surrénales ou reins accessoires de l'embryon : ceux-ci au cinquième mois de la vie embryonnaire, sont situés dans la cavité abdominale, près de la paroi postérieure, tout contre la veine spermatique interne ; à un stade plus avancé, ce plexus veineux descend pour arriver à se loger en définitive entre les feuillets des ligaments larges et les fragments de capsules surrénales qui lui sont accolées, suivent cette migration et en fin de compte viennent se placer eux aussi dans le ligament large, tout contre l'ovaire, en relation étroite avec le plexus spermatique.

Chez l'embryon humain de 2 à 3 mois en effet, la capsule surrénale, très grosse est en contact si

intime aussi bien avec la veine cave (alors veine cardinale) qu'avec la veine rénale et la veine spermatique interne, débouchant dans l'une de ces deux premières, qu'il suffit qu'un groupe de cellules se détache de cet organe à une époque très précoce, pour qu'alors il reste accolé à la paroi d'un de ces vaisseaux. La portion détachée est originairement en contact avec la capsule surrénale primitive; mais, par le fait même de la descente des glandes sexuelles et de l'allongement consécutif de la veine spermatique interne elle se porte bientôt en bas. »

D'autre part M. le professeur agrégé Prenant, que nous sommes heureux de remercier ici pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches et observations personnelles sur cette question, explique ainsi l'existence des capsules surrénales supplémentaires dans les organes situés très loin des capsules surrénales proprement dites :

« A côté, dit-il, de ces observations de capsules accessoires dans les ligaments larges, il convient de placer celles qui ont été faites chez l'homme, de capsules surrénales accessoires situées un peu partout, sur le trajet suivi par le testicule dans sa migration descendante vers les bourses. C'est ainsi que l'on a trouvé des capsules accessoires sur le trajet de la veine surrénale, sur tout le parcours de la veine spermatique, plus bas au milieu des veines qui composent le plexus pampiniforme

(Weiler, *Diss. Kiel* 1885), contre l'épididyme, enfin (Roth).

Ces situations, en apparence anormales, de glandes surrénales surnuméraires, sont au contraire dans l'ordre normal du développement des capsules surrénales.

La première ébauche de la capsule surrénale en effet est contiguë à celle la glande génitale ou même se confond avecelle. On comprend alors que quand la glande génitale se déplacera vers l'extrémité inférieure de l'abdomen pour pénétrer dans le bassin comme le fait l'ovaire ou même en sortir comme c'est le cas pour le testicule, cette glande entraînera avec elle tout ou partie de la capsule surrénale, qui demeurera en route sur un point plus ou moins éloigné du lieu d'origine primitif. De ce fait de déplacement il résulte qu'il paraît plus conforme à l'évolution normale de voir la capsule surrénale suivre l'ovaire ou le testicule dans leur migration que de les trouver en rapport avec le rein, puisque ce rapport ne s'établit que secondairement, tandis que primitivement la capsule surrénale était en relation avec la glande génitale, relation qu'elle conserve exceptionnellement. Il est superflu d'insister sur le mécanisme de la migration de la capsule surrénale qui est le même que celui de la glande génitale et de ses annexes Wolffiennes.

Il est au contraire nécessaire d'établir que si le déplacement peut être éprouvé par la capsule sur-

rénale concurremment avec la glande génitale, c'est que les deux organes ont été primitivement en connexion intime l'un avec l'autre. Cette connexion est actuellement mise hors de doute par les recherches de nombreux auteurs, qui ont étudié à cet égard différentes classes de vertébrés. C'est ainsi que Braun chez les reptiles, Brünn chez les oiseaux, Mitsukuri chez les mammifères n'ont pu s'empêcher de noter le voisinage étroit de l'ébauche des capsules surrénales avec les glandes sexuelles. Janosik, Weldon, Mihalkovics chez les reptiles, les oiseaux et les mammifères, Senson chez l'*Ichthyophis glutinosus* ont fait plus en montrant que les rudiments des deux organes sont confondus, à tel point qu'il peut être difficile dans certains cas de faire la part du matériel cellulaire formatif qui revient à l'une et à l'autre glande.

Pour donner une idée de ce fait, si important à notre point de vue, rappelons en quelques mots les résultats obtenus par Janosik et Mihalkovics par exemple, sur le développement de la capsule surrénale chez le poulet, les mammifères et l'homme.

On sait que de chaque côté de l'insertion du méentère, en dedans de la saillie du corps de Wolff, l'épithélium cœlomique, qui tapisse le cœlome ou cavité pleuro-péritonéale, se soulève en s'épaisissant et devient l'épithélium germinatif. Non seulement cet épithélium fournira l'ébauche génitale, mais encore à ses dépens se constituera le rudiment de la capsule surrénale. Janosik et Mihalkovics

s'accordent en effet à dire que, tandis que la portion externe de l'épithélium germinatif prolifère pour former la glande sexuelle, la partie interne, voisine de l'attache du mésentère, végète pour donner naissance à la capsule surrénale. Pour Mihalkovics, la végétation cellulaire de laquelle procède l'ébauche surrénale ne se produirait qu'au niveau ou même au-dessus de l'extrémité antérieure ou céphalique de l'épithélium germinatif, si bien que la capsule surrénale future ne serait plus tard en rapport qu'avec le pôle antérieur de la glande génitale. Janosik au contraire, dans un second travail, soutient que cette végétation a lieu non seulement dans la région indiquée par Mihalkovics, mais encore sur toute la hauteur de l'épithélium germinatif, de telle sorte qu'ultérieurement la glande sexuelle et la capsule surrénale seraient en relation sur toute leur longueur, particulièrement cependant au niveau de l'extrémité postérieure ou candale de la glande sexuelle. Quoi qu'il en soit, le rapport est au début intime entre les deux organes. Plus tard, entre les deux se développent des vaisseaux qui les éloignent l'un de l'autre. Plus tard encore, chez les mammifères la capsule surrénale vient s'adosser au rein ; chez les oiseaux et les reptiles, au contraire, elle demeure au voisinage de la glande génitale.

Non seulement l'origine des deux organes est commune, non seulement leurs premiers rudi-

ments sont continus l'un avec l'autre, mais encore ces rudiments se présentent pour la glande génitale et pour la capsule surrénale sous un aspect identique. Ce sont des cordons ou des îlots cellulaires, issus comme il a été dit plus haut, de la végétation de l'épithélium germinatif, qui sont appelés dans le cas de la glande génitale cordons sexuels et dont ceux qui constituent la glande surrénale pourraient être nommés cordons surrénaux. Bien plus, Weldon soutient que chacun des cordons sexuels et chacun des cordons surrénaux ne sont que les branches de bifurcation d'un cordon cellulaire primitivement unique, l'une se dirigeant du côté ventral vers la région génitale, l'autre prenant au contraire une direction dorsale pour aller se placer aux côtés de l'aorte et des veines cardinales postérieures et prendre part à la constitution de la capsule surrénale. En tout cas, la formation de la capsule surrénale par des nodosités ou des cordons cellulaires isolés est encore intéressante pour nous, en nous permettant de nous rendre compte d'une dissémination facile de tissu surrénal dans les régions successivement habitées par le testicule ou l'ovaire.

Ainsi l'origine commune et la structure embryonnaire semblable des deux organes établissent leur parenté et expliquent leurs relations topographiques intimes primitives. Il suffit d'admettre qu'ensuite la migration du testicule ou de l'ovaire ne détruit pas ces relations pour com-

prendre les trouvailles anatomiques dont il a été question ci-dessus. »

Marchand en définitive, ne reconnaît à ces corpuscules d'intérêt et de signification qu'au point de vue purement embryologique : « A ce titre seulement, dit-il, ils méritaient d'être mentionnés ; cependant, ajoute-t-il, ces corpuscules pourraient avoir une certaine importance en ce sens que, comme nous le savons, *il n'est pas rare de voir des formations néoplasiques dériver de semblables restes égarés d'organes ;* mais c'est en vain que j'ai recherché jusqu'à présent des tumeurs reconnaissant cette origine : il semble beaucoup plus probable que ces petites formations anormales disparaissent peu à peu : du moins je n'ai pu jusqu'ici en retrouver chez l'adulte aucun vestige. »

A l'encontre de l'opinion de Marchand, Chiari (17) l'année suivante, prouve, par quatre observations recueillies par lui-même, que ces capsules surrénales ne se rencontrent pas seulement chez les nouveaux-nés et les jeunes enfants *mais peuvent aussi se trouver chez les adultes.* L'observation qui nous intéresse le plus concerne une femme âgée de 48 ans, offrant des signes de tuberculose pulmonaire et intestinale avancée, à l'autopsie de laquelle cet auteur trouve *deux capsules surrénales miliaire et sub miliaire accolées sur le bord libre du ligament large gauche, juste au-dessous de l'ovaire à la place où étaient situées celles de Marchand.* Elles faisaient saillie sous la

face antérieure du ligament large, plus rapprochée de celle-ci que de la postérieure, et leur structure était à peu près celle des corpuscules de Marchand.

Enfin Dagonet (20) rapporte lui aussi un cas de capsule surrénale accessoire grosse comme la moitié d'un pois chez une femme de 32 ans, située au-dessus de l'ovaire droit sur le bord libre du ligament large.

Mais ce n'est pas tant la présence même de ces corpuscules surnuméraires dans les ligaments larges de l'adulte qui est remarquable que les déductions mêmes qu'en tire Chiari sur la possibilité pour ces corpuscules de devenir des causes de néoplasies. C'est ainsi que, d'après une observation recueillie dans le service du professeur Gussenbauer, concernant un homme de 44 ans atteint d'un néoplasme de la cavité pelvienne, cet auteur suppose que la *genèse de ce dernier était très vraisemblablement sous la dépendance étroite de capsules surrénales accessoires existant antérieurement ;* et d'après l'examen histologique de la tumeur, il lui semble également très naturel d'admettre que c'était là son origine réelle et *qu'elle provenait bien d'une capsule surrénale accessoire* dont le tissu s'était développé atypiquement pour donner dans le cas particulier une forme de carcinome de cet organe ; en effet, ajoute cet auteur, des tumeurs peuvent provenir de capsules

surrénales accessoires tout aussi bien que des capsules surrénales elles-mêmes, dont des exemples de lipomes et de carcinomes primitifs ont été cités. [Klebs, Mattei, Birch-Hilfed, *in Chiari* (17), Ogle, Rosenstein, Meckel, Doederlein, Küssmaul, *in Dagonet* (20)].

Ainsi donc ces faits nous montrent bien que les capsules surrénales accessoires d'une façon générale peuvent devenir le point de départ de néoplasmes en dépit des assertions de Marchand. Quoiqu'on n'en ait encore cité aucun cas chez la femme et que le seul exemple probant rapporté jusqu'ici par Chiari concerne un homme, *il est très vraisemblablement permis de supposer que ces corpuscules peuvent aussi donner naissance à des tumeurs analogues chez la femme, et en particulier lorsqu'ils siègent dans les ligaments larges, devenir l'origine de néoplasmes de ces organes.* Il faut admettre que si les fragments de capsules surrénales dans la plupart des cas restent silencieux ou même disparaissent peu à peu, ils peuvent à un moment donné et sous l'influence de causes qui nous sont encore inconnues (peut-être l'âge, la parité, la constitution) non-seulementse développer anormalement, mais encore atypiquement ; et leurs éléments cellulaires subissent alors une prolifération excessivement active, qui, en raison même de leur inutilité dans l'organisme à une période de la vie où les organes ont leur structure et leur but bien déterminés et bien finis,

aboutit à la formation d'éléments embryonnaires, non organisés, donnant ainsi naissance à des productions malignes, aux différentes formes de sarcomes : ce sont là, en effet, d'après les cas cités par Chiari et Dagonet, les tumeurs les plus fréquentes parmi celles qui ont pour origine les capsules surrénales; et si, jusqu'à présent on n'a retrouvé dans les néoplasmes développés, dans les régions avoisinant ces organes, aucun vestige de ces derniers, cela tient probablement à ce que ces néoplasmes sont observés toujours à une période avancée de leur développement, alors que leurs éléments primordiaux ont disparu englobés dans la masse néoplasique ou se sont modifiés au point d'être entièrement méconnaissables ; mais peut-être qu'à une période très précoce de leur développement, on pourrait y retrouver trace des éléments constitutifs de ces corpuscules surrénaux et de leur disposition et peut-être aussi (c'est là d'ailleurs une hypothèse, très vraisemblable, que nous émettons) ces corpuscules seraient-ils, plus fréquemment qu'on ne serait porté à le supposer, l'origine de tumeurs nées dans les organes où elles peuvent fortuitement se rencontrer, dans les ligaments larges en particulier.

III. — Preuves cliniques.

Enfin les faits observés, un certain nombre du moins démontrent bien nettement l'origine primi-

tive de tumeurs solides connectives dans les ligaments larges. Ces tumeurs, nous le savons, peuvent être intra-ligamentaires ou juxta ligamentaires pédiculées ou non. La première catégorie n'apporte certainement aucune preuve formelle en faveur de l'origine primitive de ces néoplasmes dans les ligaments larges, car pour ces tumeurs on peut toujours objecter (pour celles du moins qui sont intra-ligamentaires) quoique les ligaments larges contiennent en suffisance tous les éléments propres à leur développement, quoiqu'il n'y ait pas le moindre vestige de connexion apparente ou réelle entre elles et l'utérus que ces tumeurs, notamment les fibromyomes, ont eu constamment pour point de départ l'utérus, et que, le pédicule qui les reliait primitivement à cet organe, devenu de plus en plus mince, ayant fini par disparaître complètement, on ait pu croire ainsi, à leur origine spontanée dans les ligaments larges : « à plus forte raison, comme le fait si justement observer M. le professeur Gross, est-il plus difficile encore de reconnaître si le point de départ de la néoplasie a été utérin ou juxta-utérin, lorsqu'il existe des fibromyomes intra-ligamentaires multiples qui entourent l'utérus, parfois plus ou moins hypertrophié ou dégénéré, et altéré par quelque myome interstitiel, et enchâssé au milieu de ces productions néoplasiques qui l'entourent. Les cas de tumeurs intra-ligamentaires ne sont donc pas très favorables pour établir l'origine primitive des tu-

meurs, surtout des fibromyomes des ligaments larges. »

« Et cependant, dit Sænger en commentant les rapports anatomiques du pédicule dans le cas parculier de son observation, le manque bien positif d'un pédicule utérin intra-ligamentaire est certainement une preuve très concluante en faveur de l'indépendance absolue de notre tumeur.

En effet, un fibrome intra-ligamentaire ne peut accomplir de migrations ultérieures aussi bien qu'un corps fibreux libre sous-péritonéal ayant un pédicule mince et pouvant se rompre par torsion. La cavité du ligament large étroite, quoique se dilatant, ne peut cependant pas se comporter à l'égard d'un corps fibreux utérin intra-ligamentaire comme la cavité abdominale pour un fibrome sous-péritonéal, et certainement le pédicule d'un corps fibreux utérin intra-ligamentaire y serait bridé dans une enveloppe étroite à l'abri de la sorte de tout tiraillement et de toute rupture ; car une rupture par torsion répétée est mécaniquement impossible dans le ligament large, quoique cela puisse arriver à la rigueur pour des tumeurs petites, très mobiles, à la suite d'un tiraillement du ligament large lui-même, mais alors comme conséquence de troubles circulatoires très graves consécutifs à leur torsion. Sans donc nier naturellement l'existence intra-ligamentaire de fibromes utérins, le plus souvent alors sessiles, je demande seulement la preuve évidente de l'existence d'un

pédicule : que cette preuve ne puisse être faite et que l'utérus ne montre manifestement aucune bosselure fibromateuse, certainement l'origine d'un fibro-myome trouvé ainsi libre dans le ligament large sera attribuée à ce dernier seul. En somme, on a pu avoir entre les mains, au lieu d'une partie du pédicule utéro-ligamentaire, le ligament de l'ovaire ou le ligament rond qui peuvent pénétrer facilement dans une tumeur « *desmoïde* » irrégulière, intra-ligamentaire, car il est bien connu que le ligament rond est souvent compris dans les pédicules des kystes ovariques. »

Il en est tout autrement du deuxième groupe qui comprend les tumeurs ligamentaires pédiculées, mais dont les observations sont infiniment plus rares, et qui apporte des preuves bien plus démonstratives en faveur de l'indépendance des tumeurs solides des ligaments larges.

En présence de cas de ce genre il n'est plus permis de contester l'existence de tumeurs primitivement nées dans les ligaments larges : c'est précisément à cette catégorie qu'appartient l'observation que M. le professeur Gross a eu la bonne fortune d'observer et qui a été le point de départ de notre travail, et vient prendre place à côté des cas de Mikulicz, Sænger, Bilfinger et Alban Doran.

Des sarcomes pédiculés des ligaments larges ont été également observés par Péan, Schmid-Breisky et Chénieux.

Après tout ce que nous venons de dire sur la genèse et la pathogénie d'abord des tumeurs fibro-myomateuses, puis des tumeurs solides en général des ligaments larges, il nous reste peu de chose à dire sur celle des lipomes et des tumeurs malignes.

Trois des cas de *lipomes* seulement ont été observés jusqu'à présent dans la science : ce sont ceux de Peyrot, Middelschulte et Pozzi.

Et cependant ces tumeurs peuvent parfaitement se développer dans les ligaments larges. Lallement (60) en effet, étudiant la structure de ces derniers, dit, d'après Gallard, que : « On trouve du tissu adipeux à l'endroit où les feuillets du péritoine abandonnent l'utérus pour donner naissance aux ligaments larges ; il comble l'espace compris entre le point où ces membranes se détachent de l'utérus et celui où elles se rejoignent. » Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que des lipomes puissent se développer aux dépens de ce tissu adipeux « puisque, dit Virchow, (115) le lipome est le plus souvent une tumeur hyperplasique qui procède du tissu adipeux préexistant et se présente comme un accroissement circonscrit excessif du tissu graisseux. » D'ailleurs le péritoine lui-même et le tissu connectif interstitiel des muscles lisses (Lebert a observé un cas de lipome fibreux dans l'utérus) peuvent parfaitement se transformer en tissu adipeux ; or le ligament large qui est lui-même un repli péritonéal, qui renferme des mus-

cles lisses dans son épaisseur, et par suite du tissu conjonctif interstitiel prédisposé à se charger de graisse, peut par conséquent très bien donner naissance plutôt deux fois qu'une à des productions lipomateuses tout comme n'importe quel organe analogue.

Le *sarcome* du ligament large, comme celui de l'utérus peut, ou bien provenir de la transformation d'un fibrome ou fibromyome ordinairement en fibrosarcome (Schmid Breisky, Rokitansky, Cushier) quelquefois en myosarcome (Martin), ou bien encore être primitif (sarcome fuso-cellulaire ou médullaire) comme celui de la paroi abdominale [(Playfair, Pean, Chénieux, Duplay (?) Pollailon, Satterthwaite (?)]

L'étiologie et la pathogénie de ce dernier s'expliquent parfaitement d'une part parce que nous venons de dire sur la possibilité par lui de provenir de capsules surrénales accessoires ectasiées, d'autre part par la présence déjà signalée d'ovaires surnuméraires dans les ligaments larges, qui, comme ces derniers peuvent, à un moment donné, être le siège d'une prolifération très active aboutissant également à une formation d'éléments embryonnaires, pour constituer finalement le sarcome sous ses diverses formes.

Quant au carcinome des ligaments larges nous ne croyons pas qu'il puisse exister primitivement; il résulte toujours d'une extension à cet organe de cancers du mésentère, de l'épiploon, de l'intes-

tin, de l'utérus ou de l'ovaire, et les observations de Hayes et de Landouzy que nous citons plus loin pour mémoire et pour être complet, nous les donnons comme absolument douteuses, quoique ces deux auteurs pensent qu'il s'agit réellement dans leurs observations de productions cancéreuses développées dans les ligaments larges et que l'utérus fut normal dans les deux cas, ainsi que les ovaires dans le premier, la seconde observation ne disant pas quel était l'état de ces derniers ou s'ils existaient encore, et pouvant ainsi nous faire supposer qu'il s'agissait plutôt de carcinomes développés à leurs dépens.

CHAPITRE IV.

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES.

Age. — Sur 34 observations certaines de tumeurs solides primitives des ligaments larges, où l'âge a été noté nous voyons qu'elle se sont présentées :

2 fois au-dessous de 20 ans.
5 fois entre 20 et 30 ans.
20 fois entre 30 et 50 ans.
7 fois au-dessus de 50 ans.

Le maximum de fréquence de ces tumeurs semble donc être au point de vue de l'âge entre 30 et 50 ans, c'est-à-dire à l'époque ordinaire d'apparition des tumeurs utérines ou ovariennes ; et à cet égard il n'y a ici aucune particularité à signaler,

d'autant plus que l'âge n'est en somme qu'une cause déterminante ou occasionnelle mais non efficiente.

Parité.— Sur les 21 cas où la parité a été notée nous avons constaté que :

8 fois la femme était nullipare
6 fois — primipare
7 fois — multipare.

Ce qui montre que la parité semble non plus n'exercer aucune influence sensible sur la production de ces tumeurs, car la proportion relative de chaque catégorie de femmes à ce point de vue est sensiblement la même.

Fréquence relative de ces tumeurs. — Les plus fréquentes de beaucoup sont les corps fibreux ou fibromyomes (39 cas) ; viennent ensuite les sarcomes (10 cas), les lipomes (3 cas) et enfin, si tant est qu'il en existe de réellement primitifs, les carcinomes (2 cas).

Fréquence absolue de ces tumeurs. — Ces tumeurs, l'avons-nous déjà dit, sont excessivement rares : nous n'en citons pour preuves que cette statistique de Gürst [citée par Sænger (91)] qui sur 699 fibromes recueillis parmi 16.637 tumeurs observées dans les trois plus grands hôpitaux de Vienne, constate 481 fibromes de l'utérus et *pas un des ligaments larges.*

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Leudet. Bullet. de la Soc. Anatom. de Paris. 1851. Page 25.
Fibromes ligamentaires gauches.

Cet auteur trouve à l'autopsie d'une femme de 71 ans morte à la Pitié dans un état d'adynamie avancé une tumeur fibreuse de l'ovaire gauche et en même temps d'autres petites tumeurs du volume d'un pois contenues dans les ailerons du ligament large gauche. La trompe et les ligaments ronds sont intacts : l'utérus de volume normal contenait dans sa paroi antérieure un petit corps fibreux interstitiel gros comme un pois.

OBSERVATION II

Leudet. Ibid. 1853. P. 39. Tumeur fibreuse ligamentaire.

Il trouve sur le cadavre d'un sujet diagnostiqué tuberculeux deux tumeurs occupant les annexes utérines ; l'une très volumineuse située dans l'un des ligaments larges ne

tient pas à l'ovaire ; de l'autre côté c'est l'ovaire lui-même qui est transformé en une masse résistante tirant sur le scalpel. Dans les deux tumeurs on ne trouve pas de suc miscible et au microscope il ne s'y rencontre que du tissu fibreux et quelques noyaux de forme peu déterminée dont les caractères s'éloignent de ceux du cancer ; l'utérus paraît intact ; mais au niveau du pylore du même sujet l'estomac présentait un épaississement notable semblant aussi de nature fibreuse et n'offrant pas de suc.

C'est là, ajoute l'auteur, très vraisemblablement un exemple de tumeurs fibreuses multiples dans l'économie.

OBSERVATION III

Lala. Ibid. 1855. P. 46. Tumeur fibreuse ligamentaire.

Cet auteur présente une tumeur ossiforme volumineuse située dans l'épaisseur des ligaments larges et masquant l'utérus, qui était fibreuse au centre et seulement revêtue d'une coque d'apparence osseuse comme le montra une coupe de cette tumeur.

OBSERVATION IV

Hecker und Buhl. Klinik der Geburtskunde. T. II. P. 129. 1864. Gros fibrome du ligament large droit compliquant la grossesse.

Enfant vivant. Mort de la mère au 9e jour de couches.

Malade âgée de 36 ans, qui vient à la clinique en mars 1862 ; quoiqu'elle fut manifestement Ipare, elle présentait un grand relâchement de la paroi abdominale et une forte anteversion de l'utérus. Le fœtus se présentait par le siège décomplété, mode des genoux. En raison de la lenteur du travail, on pratique son extraction au cours de laquelle Hecker avait eu la sensation très nette d'une tumeur avoisinant l'utérus. L'accouchée meurt au 9e jour.

En faisant l'*autopsie* on trouve à l'ouverture de la cavité abdominale à droite et à côté de l'utérus une tumeur sans aucune connexion avec lui, qui en est séparée par un sillon et qui au premier abord fit penser à un utérus duplex puis à une tumeur solide de l'ovaire droit. Mais une fois les organes génitaux sortis, on reconnut que cette dernière dans son tiers inférieur, adhérait solidement à la paroi abdominale et on dut abandonner cette dernière hypothèse, car on trouvait bientôt l'ovaire droit absolument intact, situé derrière la tumeur par dessus laquelle se voyait la trompe droite à sa partie supérieure et au-dessous le ligament rond : d'après cet examen on pense tout naturellement à un néoplasme intraligamentaire. Vessie normale. Une coupe longitudinale de la tumeur a montré à l'évidence qu'il s'agissait d'un fibrome revêtu des feuillets du ligament large, et en présentant la structure habituelle.

OBSERVATION V

Burnham W... Chicago. Medic. Journ. 1867. XXIV. P. 596. Tumeur fibreuse enlevée du ligament large de l'utérus.

(Nous n'avons pu nous procurer cette observation.)

OBSERVATION VI

Fremy. Bullet. de la Soc. Anatom. de Paris. 1868. P. 534. Corps fibreux des ligaments larges.

Présentation d'une masse de corps fibreux développés dans les ligaments larges et trouvés à l'*autopsie* d'une femme de 50 ans morte à Lariboisière. L'utérus comprimé par ces tumeurs se trouvait réduit environ à la moitié de son volume normal à cet âge. Ces tumeurs avaient commencé à manifester leur présence il y a une dizaine d'a-

nées à peu près, ayant été prises plusieurs fois pour un cancer utérin, et donné lieu à certaines époques, par compression de l'intestin, à des signes d'obstruction intestinale. Cette malade présentait également un kyste hydatique mésentérique en dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION VII

Résumée. — (Traduction personnelle).

Schetelig. Arch. f. Gynæk. 1870. Tome I. — Myome kystique télangiectasique caverneux du ligament large droit. Peritonite chronique. Mort.

Femme de 47 ans, ayant eu 6 enfants vivants, veuve depuis 9 ans, qui fait remonter le début du développement de sa tumeur abdominale à deux ans auparavant; depuis plusieurs mois l'accroissement de cette dernière était devenu plus rapide et à ce moment un médecin consulté avait porté le diagnostic de kyste ovarique.

A son entrée, on constate que l'abdomen de cette femme dont l'aspect et l'état général sont bons, est occupé par un corps sphérique volumineux, très mobile, présentant par endroit des places irrégulières et dures notamment à gauche de l'ombilic, non douloureux à la pression et offrant une vague fluctuation. A la percussion, matité commençant à 8 cent. au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à 14 cent. au-dessous de ce dernier pour se continuer plus bas par une zône de tympanisme large de 8 cent. longue de 20 cent. à droite, de 13 cent. à gauche. Au toucher la portion vaginale du col est hypertrophiée surtout la lèvre antérieure ; l'utérus mobile a sa situation normale ; la résistance du cul de sac vaginal antérieur est augmentée et par le palper hypogastrique combiné au toucher vaginal on a encore cette sensation de vague fluctuation déjà mentionnée plus haut.

Le lendemain de son admission la malade ressent les symptômes d'une péritonite qui alla en augmentant les jours suivants et amène la mort de cette femme un mois plus tard.

A l'autopsie on constate que le néoplasme senti à l'examen était une grosse tumeur solide recouverte par le péritoine, à surface présentant quelques saillies de consistance variable et dont la coupe même montrait au milieu d'un tissu plus élastique des cavernes plus ou moins grosses remplies les unes de sang, les autres d'un contenu visqueux et gélatineux. Le stroma même de la tumeur était composé de tissu conjonctif avec de nombreuses fibres musculaires lisses. *L'utérus était normal* sauf cette hypertrophie légère de sa portion cervicale déjà mentionnée, et *ne présentait aucune connexion avec la tumeur. L'ovaire gauche était normal, le droit était attaché au ligament de l'ovaire* du même côté long de 21 cent. généralement élargi sur la face antéro-inférieure de la tumeur et de ce côté; donc la trompe et le ligament large étaient partout en relation intime avec celle-là. L'indépendance complète du ligament de l'ovaire dans toute son étendue exclut toute hypothèse d'origine ovarienne de la tumeur *qui provenait bien plutôt du ligament large*. Il y avait en outre des adhérences reliant l'intestin à la tumeur et baignant dans une accumulation de pus, qui avait été la cause de la péritonite mortelle ci-dessus mentionnée.

OBSERVATION VIII.

Gayet. Lyon Médical 1874, t. 15, p. 542. — Myome kystique du ligament large gauche.

La nommée D..., âgée de 52 ans, d'apparence extérieure bonne, nullipare, veuve depuis 7 ans, entre au service le 9 octobre 1873 : elle fait remonter le début de sa maladie au commencement de son veuvage. Présente à son en-

trée une augmentation de volume de l'abdomen qui mesure 117 cent. à l'ombilic et 57 cent. de l'appendice xyphoïde à la symphyse. Les intestins sont réfugiés dans les hypochondres et sous le rebord costal : ni vergetures, ni vaisseaux abdominaux dilatés. Fluctuation manifeste par toute la tumeur; en résumé, tous les signes d'un kyste ovarique. Au toucher vaginal, l'utérus est assez élevé, un peu incliné à droite, le col regardant à gauche.

Laparotomie faite le 22 octobre. Après incision au niveau de la ligne blanche, longue d'environ 5 cent., on arrive facilement sur la tumeur ; à peine la ponction eut-elle laissé écouler une certaine quantité d'un liquide séreux, louche, que l'on vit la paroi abdominale tout autour de l'ombilic s'enfoncer par la traction exercée sur la tumeur ; on dut agrandir jusqu'à l'ombilic l'incision primitive et aller avec la main détacher doucement les fausses membranes qui soudaient le péritoine dans une faible étendue. Le kyste sorti entièrement de l'abdomen ne se pédiculisait pas et bientôt l'exploration directe démontrait que la tumeur appliquée au côté gauche de l'utérus plongeait dans le petit bassin enveloppée par le ligament large ; on suivait facilement dans toute son étendue la trompe gauche sur la face antérieure de la tumeur, et bien que l'ovaire ne pût être retrouvé, je pensai qu'au lieu d'un kyste ovarique j'avais sous les yeux un de ces *myomes kystiques développés dans cette atmosphère musculo-celluleuse qui occupe le ligament large, tout contre le bord de la matrice.* Je décollai doucement avec le doigt le revêtement péritonéal du kyste et j'arrivai assez facilement à libérer ainsi toute la partie antérieure de la tumeur ; mais à mesure que je me rapprochais de la matrice, en avant et en arrière, cette manœuvre devenait tellement difficile, qu'en désespoir de cause je dus jeter sur tout le pourtour de la tumeur, aussi près que possible de son cul-de-sac pelvien, une

série de fils de soie destinés à enserrer les parois assez solidement pour pouvoir ensuite les découper sans crainte d'hémorrhagie. J'extirpai ainsi les 19/20 de la tumeur, puis suturai la plaie abdominale qui, dans sa partie inférieure, fut soudée à tout le pourtour de la portion restante de la tumeur pour permettre la libre suppuration de cette dernière au dehors. Les 3 premiers jours après l'opération se passe sans incident. Le 4e, la malade succombe à des accidents septiques.

A l'autopsie, on trouva la cavité péritonéale et les intestins absolument intacts. Mais il y avait une gangrène de tout le tissu cellulaire pelvien et iliaque qui avait été décollé dans la tentative d'énucléation signalée plus haut, avec production dans toute cette région d'emphysème fétide très abondant.

OBSERVATION IX.

Cohnheim 1874 (cit. par Freund. Gynæk. Klinik, t. I, p. 293.)

Cet auteur, à l'autopsie d'une femme dont l'histoire nous est inconnue, trouve sur la face postérieure de l'utérus et de la vessie, dans le ligament large, entre les feuillets de *l'ala vespertilionis* et à la base du ligament large, entre le bord de l'utérus, un fibro-myome isolé latéralement, dont la grosseur tenait le milieu entre celle d'une cerise et celle d'une pomme.

OBSERVATION X

Boussi. Bulletin de la Soc. de méd. 1878. T. 53. P. 368. Tumeur fibreuse volumineuse adhérente aux ligaments larges et complètement indépendante de l'utérus.

B... Anna, 85 ans entre le 6 Janvier 1876, à la Pitié dans le service de M. Dumontpallier. Je vois cette femme pour

la première fois en Janvier 1878. Comme elle est folle, il est impossible de l'interroger sur ses antécédents. On constate seulement que la région sous-ombilicale de l'abdomen est volumineuse; la palpation révèle une tumeur grosse comme une tête d'adulte, située sur la ligne médiane. Elle remonte à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, elle est dure comme une pierre. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement. Malgré cette tumeur la malade se porte bien. On diagnostique une tumeur fibreuse de l'utérus. Elle meurt le 2 juillet à la suite d'accès de folie ayant déterminé une fièvre intense qui l'emporte en 2 jours.

A l'*autopsie* on trouve dans l'abdomen une tumeur adhérente à sa paroi antérieure par des travées celluleuses, très serrées et qu'on rompt difficilement : en haut et à droite la face antérieure de la tumeur adhère au grand épiploon dont on la sépare aussi assez difficilement. La face postérieure, lisse, convexe, se moule sur la concavité sacrée du petit bassin sans y adhérer et glisse très facilement sur le péritoine de cette région, qui est complètement normal ; la tumeur n'est pas adhérente à l'intestin, elle n'adhère qu'aux ligaments larges atrophiés, et dont les lames cellulaires sont devenues fibreuses. L'utérus est sain, le col allongé. L'ovaire et les trompes sont tellement atrophiés et perdus dans les masses celluleuses, qu'on ne retrouve que la trompe gauche transformée en un cordon fibreux incomplètement perméable.

La tumeur, du volume d'une tête d'adulte est ovale, présente une face antérieure rugueuse, adhérente, comme nous l'avons vu, à la paroi abdominale et une face postérieure, lisse, luisante, offrant l'aspect du cartilage, et sans adhérences aux parois du bassin. La tumeur est tellement dure, surtout au niveau de la face antérieure, qu'on est obligé de la scier pour l'ouvrir. Elle est constituée par une paroi et un contenu. La paroi épaisse de 3 centimètres sur

la plus grande partie de son étendue, offre en ce point une épaisseur de 5 à 6 centimètres ; à ce niveau où la tumeur adhère à la paroi abdominale, elle est pétrifiée. De là partent plusieurs lamelles fibreuses qui font saillie dans l'intérieur de la cavité. Le reste de la paroi est constitué par l'emboîtement concentrique de plusieurs lamelles fibreuses, facilement séparables. Le contenu est une bouillie couleur café au lait. — En résumé cette tumeur est évidemment de nature fibreuse ; mais quelle est son origine ? S'est-elle détachée peu à peu de l'utérus ? S'est-elle développée primitivement dans les ligaments larges ? Telles sont les questions qu'il faut se poser et qu'il est difficile de résoudre.

OBSERVATION XI

(Mikulicz. Wien. medicin. Wochensch. 1879. 21. Résumée d'après Sœnger). Fibromyome du ligament large droit.

Nullipare de 22 ans non mariée, non réglée, qui depuis 6 ans avait des pertes durant de 4 à 8 jours chaque fois : en même temps depuis cette époque était apparue dans l'abdomen une tumeur dure, à évolution lente regardée par la malade comme la cause de ses douleurs persistantes non périodiques. Ascite depuis 2 ou 3 ans ; depuis un an l'augmentation de volume du ventre était devenue si considérable que la malade était obligée de garder le lit. Hernie ombilicale développée vers la même époque.

En examinant cette femme, pâle, de constitution faible, à l'habitus enfantin, on constate que la distension de l'abdomen (dont la circonférence maxima prise au niveau de l'ombilic est de 92 ctm.) est surtout l'effet de l'ascite. Au dessus de la symphyse pubienne existe une tumeur solide ayant presque la grosseur d'une tête, lobulée, libre et mobile et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Au toucher le vagin est étroit, le col infantil mobile ne suivant

nullement le mouvement de la tumeur. — *Laparotomie.* — Après libération des adhérences avec l'épiploon et le côlon transverse, on voit que la tumeur tout entière tient encore au ligament large par un large pédicule qui porte aussi l'ovaire droit complètement séparé de la tumeur. Celui-ci, normal d'ailleurs, compris dans ce qui doit se mortifier, est avec le pédicule séparé par une ligature en masse. L'utérus est libre, petit, infantil. L'ovaire gauche est normal, présente cependant un petit fibrome pédiculé de la grosseur d'un pois. La guérison survint retardée toutefois par une hémorrhagie secondaire intra-abdominale, et un abcès extra-péritonéal qui s'ouvrit dans l'intestin.

La tumeur du poids de 5 kilogr. était un fibrome avec prédominance du tissu conjonctif, de consistance généralement œdémateuse, mais sans foyers de ramollissement. Au côté ovarien de la tumeur existait, vraisemblablement né du parovarium un kyste dermoïde du volume d'une grosse noix.

OBSERVATION XII

Résumée (Traduction personnelle).

Buschmann. Wien. Med. Wochensch. 1880. N° 28. *Extirpation d'un très gros fibrome rétropéritonéal développé dans le bassin et en même temps du rein gauche.*

Femme de 35 ans de corpulence moyenne, assez maigre, délicate, réglée depuis l'âge de 15 ans toujours normalement, ayant eu 4 enfants, et vu ses dernières règles du 1er au 4 Mars 1879 ; elle avait remarqué depuis 3 ans une augmentation de volume de son ventre. Elle est admise le 30 Mars 1879 dans le service du Dr Eder, où l'on constate que l'abdomen, fortement proéminent (aucune mensuration ne fut malheureusement prise) offre à la palpation une consistance partout élastique, sans fluctuation nette. Une

zone de matité occupant la moitié du pourtour de l'abdomen, se continue sans interruption avec celle du foie et de la rate. Le toucher vaginal ne montre aucune connexion directe entre l'utérus normal et la tumeur située sous la paroi abdominale, presque immobile : le poids et la grosseur du néoplasme avaient, dans les temps derniers, occasionné de violentes douleurs.

La laparotomie est faite le 1er avril par le professeur Billroth : incision de la paroi abdominale longue de 20 cent. qui permet d'arriver sur une tumeur avec revêtement péritonéal très mince et très vasculaire, assez fluctuante, à peu près comme une tumeur colloïde solide ; incision du péritoine, ponction de la tumeur, qui, en raison de l'absence de liquide kystique, détermine une hémorrhagie telle à ce niveau qu'il faut, pour l'arrêter, suturer immédiatement les bords de la plaie ainsi faite. Au moyen de nombreuses ligatures on dégage peu à peu la tumeur du péritoine qui la recouvrait de tous côtés, fortement repoussée par un prolapsus d'anses intestinales. Le rein et la capsule surrénale gauches qui adhéraient solidement à la tumeur, durent être enlevés en même temps, car la tentative faite pour les libérer s'était accompagnée d'une forte hémorrhagie : on vit alors que cette tumeur, non-pédiculée était manifestement située entre les deux feuillets du ligament large, derrière le mésentère, et avait repoussé dans son développement le péritoine d'arrière en avant. Après ligature des vaisseaux du hile du rein et de l'uretère, on enlève la tumeur qui pesait près de 18 kilogr. L'utérus et les deux ovaires étaient normaux et sans connexion aucune avec cette dernière. Drainage et suture de la plaie après avoir fait la toilette du péritoine. Pansement antiseptique et compressif. — La femme meurt 4 jours plus tard de péritonite. L'autopsie ne put malheureusement être faite.

L'examen de la tumeur enlevée montra qu'il s'agissait d'un fibro-myome extraordinairement riche en fibres musculaires lisses, libre de tous côtés, *ne possédant trace nulle part d'un pédicule qui pût faire songer à une connexion avec un autre organe.* A son côté gauche étaient attachés le rein et la capsule surrénale correspondants, tous deux absolument normaux.

OBSERVATION XIII

(Traduction personnelle).

(Sœnger. Archiv. f. Gynæk. T. 16. 1880, page 270). — Fibromyome hydropique du ligament large gauche.

P. Sch., âgée de 19 ans, campagnarde entre à la Clinique le 24 avril 1879. Menstruée régulièrement depuis l'âge de 16 ans ; accouchement normal il y a deux ans. Depuis le mois d'août 1878 elle remarquait sans en souffrir, que son ventre augmentait de volume insensiblement ; suppression des règles en novembre suivant ; depuis, l'augmentation de volume de l'abdomen prit une marche plus rapide, accompagnée de symptômes douloureux et pénibles et en janvier dernier était apparu un prolapsus vaginal avec toutes ses conséquences. En définitive cette femme se croyait enceinte et vint à la Clinique consulter pour ces prétendus malaises de la grossesse.

A son entrée on constate que cette malade sans d'autres antécédents spéciaux, amaigrie et un peu cachectisée, a un abdomen régulier, augmenté de volume : météorisme sur les parties latérales. Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic 96 ctm. Distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic 21 ctm., de l'ombilic à la symphyse 19 ctm., de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit 26 ctm. 1[2, du côté gauche 21 ctm. 1[2. Paroi abdominale tendue, permettant diffici-

lement l'examen de la mobilité de la tumeur. Fluctuation générale évidente. Auscultation négative. A la percussion son cavitaire au niveau de la ligne médiane et de la ligne mamillaire droite ; zône de tympanisme étroite au niveau de la ligne mamillaire gauche, s'étendant jusqu'à la crête iliaque de ce côté ; son tympanique également dans les environs de la région lombaire. Pas de symptômes de compression ou de tiraillement des organes abdominaux.

Au toucher, outre un prolapsus de la paroi antérieure du vagin avec cystocèle et aussi, mais moins marqué de la paroi postérieure avec rectocèle et de plus un abaissement utérin, on constate que l'utérus est incliné à droite légèrement antefléchi et appuyé sur la symphyse : il est petit, de profondeur normale, mais sa mobilité verticale est considérablement restreinte par la tumeur que l'on sent à travers les culs de sac postérieur et gauche du vagin fortement tendus. On ne peut palper les ovaires. Le toucher rectal montre nettement que le cul de sac de Douglas est rempli par une tumeur de consistance égale et molle. Les urines sont normales, les selles sont régulières. Le diagnostic est ainsi posé : Kyste colloïde de l'ovaire gauche.

On pratique la *laparotomie* le 26 avril : celle-ci est faite antiseptiquement par le professeur Crédé, assisté de l'auteur lui-même. Rien de spécial jusqu'au moment où on ponctionne la prétendue poche kystique : la ponction ne donne qu'un sérum limpide qui s'écoule du trocart goutte à goutte : on fait alors dans la tumeur une incision de plusieurs centimètres. L'intérieur se montre formé d'un lacis diffus de fibres gris-rougeâtres serrées et onduleuses, contenant dans ses lacunes irrégulières un liquide clair séro-gélatineux se laissant exprimer en masse des parties de la tumeur attirées dans la plaie abdominale, tumeur qui était si malléable qu'elle se laissait pour ainsi dire étirer à travers l'incision faite à la paroi abdominale et

longue de 12 centimètres. Lorsque le néoplasme du volume d'une grosse courge, fut amené au dehors, on fut surpris de voir que la paroi abdominale n'était pas sensiblement affaissée : on introduit la main dans la cavité du ventre et en suivant le pédicule on tombe sur un large cordon venant de la tumeur qui aboutit à une seconde, située en arrière, bien plus volumineuse que la première et s'étendant surtout dans le petit bassin. On attire facilement sa partie supérieure dans la plaie et on étale alors sa masse principale. Il n'y eut de difficultés que pour le segment inclus dans le cul de sac de Douglas, à cause de ses larges adhérences en arrière qui furent décollées avec le doigt en même temps qu'on essayait de légères tractions sur la tumeur : à ce niveau le péritoine se déchira sur le côté gauche du rectum et un fragment vint avec les adhérences qui existaient en cet endroit. Le pédicule apparut très mince : on fait plusieurs ligatures et on enlève la tumeur. *L'ovaire gauche était normal, ainsi que l'utérus et l'ovaire droit.* Le pédicule réduit, fut incliné avec l'utérus de façon que celui-ci vînt couvrir la surface laissée à nu par le lambeau du péritoine arraché : on fit cependant une tentative de suture de ce dernier : aucun drainage. Fermeture de la plaie abdominale par des sutures au fil de soie profondes et superficielles. Pansement à la ouate salicylée. Guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite circonscrite qui amena la formation autour du pédicule d'un exsudat assez considérable, et fixa l'utérus en retroversion.

Le néoplasme se composait de deux grosses tumeurs reliées l'une à l'autre par un pédicule. Son poids total était de 8,510 gr. (7,250 pour la partie solide, 1,260 pour la partie liquide). La plus petite tumeur antérieure est flasque, aplatie comme une miche de pain de 25 cent. de diamètre et de 7 centim. d'épaisseur. Elle est tout entière recouverte

par le ligament large, épais de 1/2 mm. très vascularisé, séparé de sa capsule par du tissu conjonctif lâche, en petite quantité, parsemé de points hémorrhagiques, et se laissant facilement décoller de cette coque lisse pointillée de taches ecchymotiques. La trompe gauche est accolée contre le côté droit de la tumeur, avec un orifice à peine visible à l'œil nu et ayant plus du double de sa longueur normale.

L'ovaire dont le hile regarde en avant et en bas, dirigé antéro-postérieurement, est appliqué sur sa face postérieure, formant comme la transition entre les deux tumeurs et libre de toute adhérence avec le ligament large ; il est comme étiré en long et tellement déchiré que tout le ligament de l'ovaire ainsi qu'une portion de l'ovaire lui-même longue de plusieurs centimètres, devaient avoir été compris dans la partie réduite du pédicule : on voit la frange ovarique avec un reste du ligament infundibulo-ovarien. La surface de l'ovaire est parsemée de petits follicules kystiques contenant du pigment mélanique dans leurs parois. Le stroma de l'ovaire est hydropique. Celui-ci n'a absolument aucune connexion avec la tumeur, qui, de consistance molle, offre une fausse fluctuation, et est simplement appliqué sur le ligament large.

A la coupe il s'écoule d'innombrables cavités de différentes grosseurs une quantité considérable d'un liquide jaune clair séreux : le tissu fondamental est formé de faisceaux de fibres rouges clairs, parallèles ou s'entrecroisant dans tous les sens: quelques cavités contiennent une masse tremblotante: les faisceaux fibrillaires sont très durs : le tissu fondamental de la tumeur ressemble à peu près à celui des villosités choriales du placenta. Le centre de la tumeur est ramolli ; la périphérie est condensée au contraire.

La tumeur postérieure, plus volumineuse, lobulée, ovoïde présente un lobe latéral assez gros et arrondi qui

avait rempli tout le cul-de-sac de Douglas ; elle mesurait 35 centimètres de long sur 20 de large et 12 d'épaisseur, et dépassait de presque toute la largeur de la main en haut à gauche et en bas la tumeur antérieure.

Le pédicule qui les rattache l'un à l'autre a l'épaisseur de 3 doigts et une longueur de 2 centim. : il est enveloppé de larges faisceaux conjonctifs, le faisant paraître plus épais, partant de l'ovaire et de la trompe, se laissant poursuivre jusque sous le ligament large, par dessus la tumeur antérieure, et riche en vaisseaux veineux et capillaires. De la surface de la tumeur on peut détacher des lambeaux d'une pellicule excessivement mince, transparente, recouvrant elle-même une membrane très ferme, rouge pâle, se séparant en certains endroits de la capsule de la tumeur. Le lien qui rattache *le ligament à la tumeur, est ce dernier lui-même qui s'épaissit de plus en plus pour former le pédicule.*

La structure de cette tumeur est la même que celle de l'autre, sauf qu'elle présentait à l'intérieur des nodosités, était bien plus pauvre en sang et avait une coque d'une épaisseur particulière atteignant jusqu'à 2 mm. en certains endroits. Ce n'était en somme qu'un prolongement de la première.

Cette tumeur avait donc les caractères d'un fibromyome en dégénérescence hydropique, caractères que confirma encore l'examen microscopique.

De faibles grossissements montraient, sur des coupes faites dans n'importe quelles directions des faisceaux de fibres musculaires lisses avec de gros noyaux, séparés par des travées de tissu conjonctif, vaguement fibrillaires avec quelques cellules, et richement capillarisées, de même d'ailleurs qne les faisceaux musculaires. La coque de la tumeur, sorte de tissu cicatriciel, renfermait, dans ses couches profondes du tissu fibro-musculaire, à la superficie, des cellules cornées.

La tumeur antérieure qui se laissait entièrement énucléer des ligaments larges, avait une coque entièrement lisse qui se portait par un prolongement latéral sur la tumeur postérieure montrant ainsi l'existence possible de prolongements dans les fibromyomes des ligaments larges.

Sænger, commentant le mode de formation et le développement de cette double tumeur, discute, pour ce faire, la topographie spéciale du pédicule, rappelant les données de Fischel et Werth concernant les rapports des pédicules des tumeurs du parovaire et confirmant d'ailleurs leurs vues sur cette question. Il envisage trois points dans cette recherche se demandant :

1° Lesquels des organes annexes sont compris dans le pédicule ;

2° Comment et en quoi ils ont été altérés par la tumeur ;

3° Quels sont leurs rapports avec cette dernière,

insistant sur l'importance que peuvent avoir ces remarques dans les cas douteux, où il s'agit de se prononcer immédiatement sur la présence des parties constituantes du pédicule, pour l'ablation de la tumeur elle-même.

1° *Organes annexes compris dans le pédicule.* — « Certainement, dit-il, la portion restante du pédicule de cette tumeur se composait, d'après sa situation dans la cavité abdominale, de la trompe, de l'ovaire et des feuillets allongés des ligaments larges ; restée par conséquent dans une situation adjacente à celle de l'utérus, elle devait comprendre la terminaison utérine de la trompe très probablement encore avec un petit mésosalpinx, tout le ligament de l'ovaire avec un petit fragment de ce dernier, tout le ligament rond avec le reste correspondant du ligament large. *En dépit des recherches les plus minutieuses on ne trouva aucune trace d'un pédicule reliant la tumeur à l'utérus.*

2° et 3°. *Altération des annexes par la tumeur. — Rapports de cette dernière avec elles.* — Absolument comme Fischel (31) et Werth (113) l'ont décrit, le mésosalpinx était dans toute l'étendue recouverte par la tumeur, entièrement déplissé; celle-ci devait donc s'être développée à ses dépens, car si elle s'était formée au-dessous du ligament de l'ovaire et de l'ovaire, ou même derrière son hile, le déplissement complet n'aurait pu se faire ainsi et l'ovaire se placer derrière la tumeur antérieure. Celle-ci (issue peut-être du repli secondaire de l'ovaire de Henle) ou née plus près de la terminaison latérale de la trompe, en s'avançant à gauche, en dehors, en haut et en avant, avait repoussé plus fortement le feuillet antérieur du ligament large; son extrémité inférieure s'était placée devant et sous le ligament de l'ovaire, de telle sorte que l'ovaire lui-même par une rotation autour de son axe sagittal (il était presque vertical entre les deux tumeurs) avait pu venir progressivement derrière la tumeur antérieure, sans s'éloigner notablement de l'utérus, fait qui explique pourquoi lui aussi était compris dans le pédicule. Le segment initial de la trompe dut aussi se placer en bas et un peu au-dessous de l'ovaire, et, la trompe elle-même, en raison de l'extension de la tumeur vers la droite, se porta à gauche et en bas, là où la frange ovarique, ainsi que le représente précisément Werth, pouvait être suivie comme une mince bande de tissu conjonctif se dirigeant vers l'ovaire; et nous sommes entièrement d'accord sur ce que Werth regarde comme la caractéristique la plus importante et la plus décisive des kystes parovariques par rapport aux kystes ovariques : la façon dont la trompe après le déplissement de son mésosalpinx contourne les premiers : très étroitement pour cette tumeur solide du ligament large. Quant à la tumeur postérieure, *tumeur extraligamentaire* et *sous péritonéale en connexion avec une tumeur intraligamentaire*, on peut ainsi expliquer sa formation :

Le pédicule de la tumeur prenait naissance exactement au niveau du ligament infundibulo-pelvien qui, replié séreux et mince, ne pouvait s'opposer à l'expansion latérale de la tumeur, et, à travers l'ouverture qui s'y était ainsi produite, faisait saillie le pédicule, apportant ses éléments nutritifs à la plus jeune, par conséquent à la plus grosse tumeur qui se développait libre de toute entrave. Formation d'une ouverture par distension anormale et déchirure du pédicule venant du ligament large, sont des faits qui ont aussi été démontrés par Werth.

La difficulté du cours rétrograde du sang veineux, en raison de cette complication de rapports, explique pourquoi les tumeurs dures dans le début sont destinées au fur et à mesure de leur développement, comme d'ailleurs aussi l'ovaire distendu, à se *ramollir par hydropisie.* »

OBSERVATION XIV

Bardenheuer. Drainir. der Peritonealhœhle. 1881, *page* 113. — *Myome intraligamentaire.*

Tout le bassin était rempli par une tumeur dont les mouvements étaient très peu prononcés, même sous l'influence d'une pression longtemps prolongée : le rectum était refoulé en haut. Déchirure et suture de la paroi antérieure du rectum. Il restait comme empreintes des nodules fibreux, beaucoup de petites loges. Drainage.— Mort de la malade 4 heures après l'opération. — Aucune description anatomique de la tumeur.

OBSERVATION XV

Rydygier. Deutsche Zeitsch. f. Chirurg. 1881. *T.* 15, *p.* 279 *Fibro-myome intraligamentaire droit.*

Femme de très misérable apparence, pluripare, se disant malade depuis environ 8 ans. Pas d'antécédents spé-

ciaux. *Opération* faite le 9 décembre 1879 : on constate une tumeur solide du poids de 30 livres 1/2. Le microscope montre qu'il s'agit d'un fibro-myome ; macroscopiquement on voit que le tissu de ce néoplasme est ramolli. Ce fait explique comment cette tumeur pendant la vie et même encore après son ablation nous avait induits en erreur par sa fausse fluctuation. Elle siégeait entre les deux feuillets du ligament large droit. Sa face antérieure adhérait à la paroi abdominale (fait qui rendit l'opération difficile) dans toute l'étendue de l'incision abdominale, qui, commençant à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse, s'étendait jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La plus faible partie de la tumeur se trouvait dans le petit bassin, et se laissa énucléer de sa loge sans qu'on eût besoin d'aucun instrument ni d'aucune ligature. Il s'agissait donc ici d'un fibromyome intraligamentaire, non pédiculé, sans connexion aucune avec l'utérus ou les ovaires. Dans l'utérus se trouvaient deux petites tumeurs intrapéritonéales, l'une de la grosseur d'une pomme, l'autre plus petite. — Drainage. — Guérison de la malade au bout de 31 jours.

OBSERVATION XVI

Schrœder. Berlin. Klin. Wochensch. 1881. N° 8,

Fibromyome du ligament large gauche.

Cet auteur, à la séance de la Soc. gyn. et obstétric. de Berlin du 8 juin 1880, présente une tumeur fibromyomateuse qui, au cours d'une ovariotomie faite pour un kyste de l'ovaire droit fut énuclée du ligament large gauche.

OBSERVATION XVII

Schrœder. Soc. obs. de Berlin. 3 janvier 1883.

(*Zeitsch. f. Geb. und Gynæk.* 1884, p. 139).

Tumeur bilatérale des ligaments larges.

Présentation d'une tumeur bilatérale des ligaments larges qui fut énucléée avec grande difficulté.

OBSERVATION XVIII

Sœnger. Soc. obs. de Leipzig. 18 *février* 1884. *Myome du ligament large.*

Relation d'un cas de myome du ligament large. Opération. Mort par paralysie du cœur.

OBSERVATION XIX

Résumée. — (Traduction personnelle).

W. A. Freund. Gynæk. Klinik. 1885. *T. I. P.* 289-293. *Myome kystique primitif du ligament large gauche. Opération. Guérison.*

Il s'agissait d'une femme de 32 ans, sans anamnestiques spéciaux, qui ayant déjà eu 4 enfants, et qui en Mai 1869, six semaines après le 4me accouchement normal d'ailleurs avait ressenti des douleurs dans le bas ventre avec troubles menstruels. A ce moment on constatait déjà une tumeur grosse comme une noix quelque peu inégale, dure, élastique située à la partie latérale du ligament large gauche, surmontée de deux autres plus petites tumeurs séparées de la première par un sillon continu et ayant à peu près chacune la grosseur d'une cerise. Le contour de la tumeur semble irrégulierement épaissi, présentant des cordons durs qui sillonnent sa surface, mais dont aucun n'était en connexion ni avec l'utérus ni avec la paroi latérale du bassin. A la palpation, on sent l'utérus encore volumineux, très mobile ; les ovaires sont normaux. Accroissement lent mais sûr de la tumeur jusqu'en septembre 1874, celle ci s'étendant alors latéralement tout près de la paroi gauche du bassin en arrière jusque dans les environs de la symphyse sacro-iliaque du même côté, en avant jusqu'à l'émi-

nence iléo pectinée : sa base s'enfonçait profondément dans le bassin, repoussant en haut, en avant et à droite l'utérus un peu hypertrophié ; en septembre de la même année, la tumeur s'étendait de toute la largeur de la main au-dessus de l'ombilic, en plusieurs endroits il y avait des points de ramollissement, l'utérus était repoussé en avant ainsi que ses annexes gauches reconnaissables devant la face antérieure de la tumeur. On diagnostique un fibro-myome kystique intraligamentaire.

L'opération décidée à ce moment est faite le 20 septembre. Incision médiane s'étendant en haut jusqu'au dessus de l'ombilic en bas jusqu'à 5 travers de doigts au-dessus de la symphyse, qui découvre la tumeur et montre que ses rapports étaient tels qu'ils ont été décrits plus haut. On incise le péritoine qui recouvre sa partie supérieure, et on énuclée le néoplasme avec la main : adhérences lâches de la tumeur avec l'uretère gauche, sur une étendue de 12 centimètres, qu'on libère sans difficulté. La tumeur s'étendait vers la ligne médiane jusque dans le voisinage du bord de l'utérus, sans toutefois l'atteindre ; nulle trace de pédicule. Au voisinage de cet organe elle avait écarté sur une certaine étendue les deux feuillets du ligament large ; mais le péritoine de la face postérieure de l'utérus n'était aucunement soulevé. Ablation de la tumeur du poids de 23 livres. L'utérus se montre un peu hypertrophié et épaissi, les deux ovaires sont normaux. Suture du péritoine après une hémostase difficile ; draînage. Pansement compressif. Guérison de la malade au bout de 6 semaines après quelques complications indépendantes de l'opération elle-même. Le professeur Cohnheim confirme le diagnostic porté avant l'opération, par l'examen de la tumeur.

OBSERVATION XX.

(Traduction personnelle).

W. A. Freund. (ibid.) Myome kystique primitif du ligament large gauche. Opération. Guérison.

Ce cas concerne une femme de 30 ans, nullipare chez laquelle on reconnaît un myome sous muqueux du corps utérin du volume de deux poings réunis et dans le ligament large gauche une tumeur qui s'y était développée. Après énucléation du myome sous-muqueux, la tumeur intra-ligamentaire s'accrût jusqu'à acquérir le volume d'un utérus gravide de 5 mois. Ablation de celle-ci par la laparotomie au cours de laquelle on reconnaît qu'il n'existait aucune connexion entre elle et l'utérus.

OBSERVATION XXI.

(Traduction personnelle).

W. A, Freund, (ibid). Myome kystique primitif du ligament large gauche.

Freund à l'époque où il écrivait ses cliniques, observait une femme de 32 ans, mariée, sans enfants, qui 5 ans auparavant, avait été débarrassée d'un myome sous muqueux de la grosseur du poing. Quatorze jours après l'opération, comme elle était sur le point de partir, l'auteur avait remarqué une tumeur intraligamentaire du côté gauche du volume d'une prune environ, les ovaires étaient normaux. A ce moment la tumeur avait presque le volume d'une tête d'enfant, séparée de l'utérus par un sillon très net. L'hypothèse de myome primitif du ligament large gauche fut émise par Freund.

OBSERVATION XXII.

Goodell. Soc. obstétr. de Philadelphie, 9 décemb. 1886.
Fibrome du ligament large droit.

Présentation d'un fibrome du ligament large droit. L'ovaire gauche est aussi malade ; il creva pendant l'examen ; la malade se remit, puis eut un kyste interligamenteux. John Taylors qui avait accouché cette femme, et l'avait examinée 6 semaines auparavant, n'avait rien trouvé de particulier.

OBSERVATION XXIII.

Lebec. Revue de chirurgie, 1886, p. 251. — Tumeur fibro-kystique du ligament large droit.

Une femme de 28 ans se plaignait depuis 7 mois environ de douleurs dans le ventre après ses règles, sans métrorrhagie ; elle s'est aperçue depuis d'une augmentation de volume de l'abdomen. L'exploration montre l'utérus petit et indolent ; on trouve, séparée de ce dernier par un sillon, dans le cul-de-sac latéral droit, une petite tumeur qu'on enlève par la laparotomie en décembre 1885 : l'opération fait reconnaître une tumeur du volume d'un poing d'enfant, rose vif, ferme et fluctuante, située à droite de l'utérus et siégeant dans l'épaisseur du ligament large au-dessus de l'ovaire, à 2 centim. de l'utérus et présentant un pédicule peu appréciable. Par la ponction, on extrait de la poche un liquide chocolat : les parois sont formées du tissu des myomes. Le pédicule est lié sans qu'on puisse y reconnaître un lien fibreux l'unissant à l'utérus ; la trompe a été sectionnée en même temps que

lui. Les règles sont revenues depuis l'opération, la guérison est parfaite, la cicatrice en bon état. L'examen histologique de la tumeur a confirmé le diagnostic microscopique du myome avec kyste sanguin.

D'après Lucas-Championnière, la tumeur ne siégeait pas dans le ligament large : c'était un myome sous-péritonéal voisin du ligament large.

OBSERVATION XXIV.

Lœngner. Soc. obstét. et gynéc. de Berlin, 11 mars 1887. Ann. de gynéc., 1887, t. 2, p. 213. — Fibro-myxome du ligament large gauche.

La pièce, présentée par l'auteur, provient d'une femme âgée de 47 ans, qui dans ces derniers temps s'était aperçue que son ventre grossissait beaucoup et cette augmentation de volume se compliquait de douleurs vésicales et de dysurie. Examinée après narcose, on constata que l'utérus était complètement dévié à droite, et qu'une tumeur occupait toute la partie gauche du bassin. On fit la laparotomie ; la tumeur s'était développée entre les feuillets du ligament large. On incisa l'enveloppe séreuse sur toute la hauteur, ce qui permit l'énucléation du néoplasme qu'on extirpa en même temps qu'une bonne portion de l'enveloppe et de l'ovaire gauche. Après avoir assuré le drainage par le vagin, on sutura ce qui restait de la capsule de la tumeur, de telle manière qu'elle vint complètement se fermer contre la paroi abdominale. Suites opératoires normales les premiers jours. Le 10e, la femme meurt d'une péritonite purulente.

L'examen histologique de la tumeur fit voir qu'il s'agissait d'un fibro-myxome, car il y avait des traces de tissu conjonctif et du tissu myxomateux pur.

OBSERVATION XXV.

Résumée. — (Traduction personnelle).

Bilfinger. — Thèse de Würzbourg, 1887. — Fibromyôme du ligament large droit.

Femme âgée de 56 ans, d'une bonne santé habituelle, ayant toujours été régulièrement et normalement menstruée ; mariée à l'âge de 24 ans, elle eut huit enfants vivants, des couches normales, et ne ressentit jamais la moindre douleur ni le moindre trouble du côté de l'appareil génital (comme aurait pu le faire supposer l'existence de la tumeur trouvée par hasard à l'autopsie), dont les fonctions s'étaient donc toujours accomplies normalement: elle succombe le 29 avril 1886 à une attaque d'apoplexie cérébrale.

A l'autopsie le ligament large se montre lisse, sans aucun épaississement ou traces d'exudation d'adhérences : on sent facilement le ligament de l'ovaire : les ovaires eux-mêmes sont petits, atrophiés, ridés, comme cela existe chez les individus âgés, peu adhérents aux ligaments de l'ovaire. Le parovarium est très visible de chaque côté. De la face antéro-supérieure du ligament large droit, à environ 1 cent. 1[2 de l'ovaire du même côté, part un cordon dur, long de 3 cent., large de 2 cent., à l'extrémité duquel est appendue, comme une pomme à sa queue, une tumeur solide, ronde, grosse comme un œuf d'oie ; le pédicule lui-même, qui porte quelques vaisseaux ectasiés, se laisse partout circonscrire avec le doigt et donne ainsi à la tumeur une très grande mobilité ; celle-ci à surface légèrement lobulée où rampent quelques vaisseaux, est d'une consistance générale, dure, élastique, molle et pâteuse cependant en certains points où elle garde l'empreinte du doigt. A la coupe, cette tumeur, dure, à surface de section rugueuse au toucher, laisse suinter une serosité

jaune clair, mêlée d'un peu de sang. La périphérie contient quelques places moins dures, un peu ramollies, où le tissu se laisse facilement dissocier, et deux ou trois petits kystes de forme irrégulière, contenant un liquide jaune colloïde, dont l'enveloppe qui les sépare est plus dure.

Dans le stroma conjonctif se trouvent isolées ou en groupes des cellules fusiformes et aussi quelques cellules rondes. On y reconnaît de plus des faisceaux de fibres musculaires lisses, coupés dans toutes les directions, cependant en proportion relativement faible par rapport au tissu conjonctif qui forme la masse principale.

L'utérus au côté droit duquel est adossée la tumeur, est repoussé légèrement à gauche ; il est assez gros et ferme, normal, renferme dans sa cavité un tout petit polype muqueux. Le revêtement péritonéal ne montre aucune part trace d'inflammation récente ou ancienne.

« Ce cas particulier, dit Bilfinger, montre bien d'une façon évidente l'existence de tumeurs primitives des ligaments larges. De par l'autopsie en effet, nous avions sous les yeux indubitablement le siége anatomique exact du néoplasme, qu'aucune opération antérieure n'avait altéré ou déplacé, ce qui n'est pas le cas pour la plupart des observations analogues. On pouvait donc reconstruire ainsi la disposition anatomique de la tumeur telle qu'elle était pendant la vie.

En dépit des recherches les plus minutieuses, on ne découvrit aucun lien entre la tumeur et l'utérus ; celle-ci était si éloignée du parovarium du côté droit qu'on ne pouvait lui supposer de connexion avec ce dernier. La partie du ligament large, attenante à l'utérus absolument sans aucune trace de lobulation ou d'augmentation de volume, était entièrement normale, sans aucun vestige d'épaississement, de telle sorte qu'il fallait donc éliminer à coup sûr l'hypothèse d'un corps fibreux plat, à large base

venant de l'utérus et développé entre les ligaments. Les ovaires également étaient tout à fait normaux, ce qui excluait toute idée de connexion entre l'un d'eux et la tumeur connective (*desmoïde*) primitive du ligament large.»

OBSERVATION XXVI.

Martin. Soc. obst. de Berlin, 27 mai 1887 (*Zeitsch f. Geb. und Gynœk.* 1888 *p.* 539). — *Myome du ligament large gauche.*

Présentation d'un myome du poids de 2 kilogr. énuclé par l'auteur du ligament large gauche chez une femme de 57 ans. La malade, grasse et neurasthénique au plus haut degré, n'avait éprouvé que des phénomènes de compression qui, pendant une année avaient été considérés et traités comme une sciatique. L'énucléation fut facile après la division du revêtement péritonéal. La base d'implantation de la tumeur ne saigna pas, et se réunit si facilement, qu'il n'y eut besoin que d'une ligature au niveau du bord gauche de l'utérus.

OBSERVATION XXVII.

Rokitansky. Allg. Wien. medic. Zeitung. 1887. N° 25 (*Cent. blat f. Chirurgie* 1888. P. 176. *Fibro-myome du ligament large droit.*

Cet auteur rapporte un cas de fibromyome du ligament large droit traité par énucléation après laparotomie. L'utérus dans ce cas était absolument normal et ne présentait qu'une hypertrophie modérée, ce qui montrait manifestement que la tumeur intraligamentaire ne provenait pas originairement de l'utérus. Opération n'offrant rien de particulier

OBSERVATION XXVIII.

Bantok. (*cité par B. Holme. Am. J. of. obst.* 1888).
Myome primitif du ligament large.

Nous n'avons pu avoir la relation de cette observation.

OBSERVATION XXIX.

Fenger. (Ibid.) Myome primitif du ligament large.

Opération malheureuse : il s'agissait dans ce cas d'un corps fibreux qui s'était formé par la réunion de plusieurs tumeurs plus petites en une masse considérable.

OBSERVATION XXX

Tillaux. Soc. de chirurgie. 30 *mai* 1888. *Fibrome du ligament large et varicocèle.*

L'observation concerne une femme de 44 ans, vierge : la tumeur qu'on ne put explorer par le vagin offrait le caractère d'une tumeur fibreuse développée aux dépens de l'utérus. *Opération* le 21 Avril 1888. L'incision abdominale faite, on s'est trouvé en présence d'une tumeur fibreuse indépendante de l'utérus incluse dans les ligaments larges, et accompagnée d'une tumeur volumineuse fusiforme noirâtre qui, courbée au devant de la colonne vertébrale se prolongeait en bas jusque vers le bassin pour pénétrer et se perdre dans le vagin : cette dernière tumeur avait le volume d'un œuf de poule dans sa partie la plus grosse. Enucléation de la première tumeur qui n'est autre chose qu'un fibrome du ligament large. L'opération est terminée par la résection du ligament large au ras de l'utérus. Pas de drainage ; fermeture de la plaie comme dans une ovariotomie simple. La seconde tumeur fut enlevée entre deux ligatures ; c'était un énorme varicocèle formé

aux dépens des veines ovariennes et dû probablement à la gêne que la tumeur principale apportait à la circulation intra-abdominale. Guérison de la malade.

OBSERVATION XXXI

Terrier. Soc. de chirurgie. 4 juillet 1888. *Fibrome du ligament large.*

Ablation chez une femme de 47 ans, d'une tumeur fibreuse qui s'était développée dans le ligament large. Comme dans le cas de Tillaux, elle était accompagnée de veines volumineuses.

OBSERVATION XXXII

Le Dentu. Semaine médicale 1888. P 151. *Kysto-fibrome végétant du ligament tubo-ovarien.*

Femme de 23 ans ayant commencé à ressentir des douleurs abdominales en Janvier dernier: à ce moment le chirurgien constate l'existence d'une tumeur abdominale, et pense avoir affaire à un fibrome de l'ovaire en raison des bosselures qui se trouvaient à sa surface. L'*opération* faite en avril, démontre qu'il s'agissait d'un fibrome parsemé de nombreuse petites cavités kystiques et développé à l'extrémité du ligament tubo-ovarien, absolument indépendant de la trompe et de l'ovaire; il y avait une petite quantité de liquide ascitique dans l'abdomen.

A l'examen microscopique fait par Mr Letulle, il s'agissait d'un kysto-fibrome végétant contenant beaucoup de tissu fibreux et peu de kystes; sa surface était recouverte d'un épithélium pavimenteux présentant également une tendance à la végétation.

Un cas semblable a été publié en Angleterre en 1887, ajoute cet auteur.

OBSERVATION XXXIII

Résumée. — (Traduction inédite personnelle).

Bayard Holmes, Américc. Journ. of. obstetric. T. 21 1888. P. 211. *Myome primitif du ligament large gauche.*

Femme de 35 ans, bien constituée, ayant eu un enfant il y a trois ans. A la suite de cet accouchement déchirure du col réparée en Février 1886 : à cette époque on ne constatait absolument rien d'anormal dans la cavité pelvienne qui fut alors entièrement examinée. Consécutivement à l'opération survint une légère rétroversion traitée par un pessaire que la malade enleva elle-même en mai 1886. Un mois plus tard, comme ses règles diminuaient, elle consulte son médecin qui la croit enceinte, et s'abstient d'un examen plus approfondi. En juillet les règles reparaissent normales et en examinant la malade à cette époque on découvre d'abord, juste derrière l'utérus, une tumeur petite, à peu près du volume d'une noix, mobile, indépendante de la matrice ayant toutes les apparences d'un ovaire ectasié et agrandi, et d'ailleurs alors regardée comme telle ; à plusieurs reprises dans la suite on put constater par des examens répétés son accroissement rapide et persistant, en même temps qu'une vague fluctuation.

La malade subit enfin l'*opération* le 5 Juin 1887, celle-ci étant faite avec les précautions antiseptiques ordinaires par le Dr J. W. Shreeter. Après ouverture de l'abdomen on reconnaît qu'il est impossible d'amener en regard de l'incision la tumeur étroitement appuyée contre l'utérus qui occupe tout le côté droit du bassin, refoulé par celle-ci et presque impossible à mouvoir. Deux tiers de la tumeur étaient recouverts par le péritoine lisse se réfléchissait sur les parois du bassin en arrière et en avant. Il n'y a pas d'ovaire à droite, l'ovaire gauche semble absolument normal. On incise le péritoine et après énucléation

de la tumeur on réunit par des sutures sa large base d'implantation, ainsi que le péritoine et la plaie abdominale. Guérison complète deux mois après.

La tumeur a toutes les apparences d'un fibrome utérin ; elle est sphérique et lisse, à peu près du volume du poing : la surface de coupe est lisse et présente des cavités remplies d'un liquide clair et séreux, et microscopiquement offre des fibres musculaires lisses, ou du moins des cellules dont les noyaux ressemblent beaucoup à ceux des fibres lisses, avec très peu de tissu fibreux pur. Près des vaisseaux les noyaux sont ovoïdes ou sphériques et très larges : c'étaient là sans aucun doute, suivant Holmes, les cellules rondes de Kleinwœchter qui existent dans les fibromes utérins. — « Cette tumeur, dit-il, est donc un leiomyome né ni aux dépens de l'utérus, puisque au début ce néoplasme en était bien éloigné et indépendant, ni aux dépens de l'ovaire, en raison même de sa forme, de sa structure histologique, et de son mode d'attache : en effet les fibromes de l'ovaire étant simplement le résultat de l'hypertrophie de son tissu connectif, leur contour est irrégulier et bosselé, et non lisse et sphérique comme dans notre cas : ils sont composés presque entièrement de tissus fibreux, les fibres lisses y étant rares et petites ce qui n'était pas le cas pour notre tumeur qui en était formée presque sinon tout à fait entièrement ; enfin les fibromes de l'ovaire ont été montrés par Léopold comme étant reliés au ligament par un long et simple pédicule qui jamais ne comprend la trompe : or notre tumeur non pédiculée était située profondément dans la cavité pelvienne.

Si dans ce cas l'ovaire droit n'a pas été reconnu cela tient, ajoute B. Holmes d'accord avec Sænger à ce que celui-ci est fréquemment confondu avec la surface d'une large tumeur et peut même devenir presqu'entièrement méconnaissable en raison de son atrophie due à sa compression.

Il s'agit donc bien ici d'un vrai leiomyome primitif du ligament large, tumeur qui n'est pas peut-être aussi rare que semblerait l'indiquer sa proportion limitée, car il est probable que les néoplasmes de ce genre sont observés fréquemment à un stade avancé de leur développement, au moment seulement de l'opération, alors que l'ovaire se confond avec la tumeur, refoulé et atrophié par elle qui, à ce moment, semble bien provenir de cet ovaire disparu. A un examen plus précoce peut-être reconnaîtrait-on leur vraie origine. »

OBSERVATION XXXIV.

Konrad. Orvosi Hetilap, 1888, n° 30, Cent. bl. f. Gynækol. 1889, t. 291 — Dégénérescence graisseuse, d'un fibrome du ligament large droit.

L'auteur cite un cas de ce genre où la tumeur du poids de 20 livres fut enlevée par la laparotomie.

OBSERVATION XXXV.

Alban. Doran. Brit. Médic., Journ. 8 juin, 1889. (Répert. univ. d'obst. et de gynéc., 1889, p. 526.) — Fibrome du ligament de l'ovaire pesant plus de 16 livres. Ablation. Guérison.

Femme de 32 ans, veuve depuis 9 ans et mère d'un enfant de 9 ans. Depuis deux ans, augmentation de volume du ventre rapide, surtout depuis quelques mois, et douleurs croissantes du côté droit. A l'examen, abdomen largement distendu par une tumeur élastique allant du pubis à l'épigastre et emplissant les flancs surtout à droite. Circonférence ombilicale, 41 pouces. Col abaissé, utérus pressé par la tumeur mais sans continuité avec elle ; règles régulières, peu colorées.

Opération le 4 mai 1889. Incision de 3 pouces et apparition d'une volumineuse tumeur à surface fasciculée jaune brun et d'aspect gélatineux ; nul liquide à la ponction ; on essaye d'en réduire le volume en le dilacérant avec la main, mais sa consistance est dure et on n'y parvient pas. Peu de sang. L'incision est prolongée de 3 pouces au-dessus de l'ombilic, quelques adhérences épiploïques très vasculaires soigneusement ligaturées. La tumeur est enfin isolée et sortie de l'abdomen. Elle était unie au ligament de l'ovaire par un pédicule de 1 pouce 1/2 de long qui est saisi dans une pince. Ligature par transfixion. Résection de la tumeur et de l'ovaire gauche qui, bien que petit, présentait de nombreux kystes. Un examen soigneux fit retrouver au-dessous du pédicule l'ovaire et la trompe et constater que la tumeur s'était développée aux dépens du ligament ovarien. On enlève enfin les annexes droites, lavage du péritoine. Drainage du cul-de-sac de Danglas. Convalescence rapide. Guérison. L'examen histologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un fibrome mou.

OBSERVATION XXXVI.

Braun. Soc. obstét. et gynéc. de Vienne, 22 octob., 1889. (Cent. blatt f. Gynæk., 1890, p. 248.) — Fibrome du ligament large gauche.

Cet auteur rapporte un cas de fibrome du ligament large gauche qui fut enlevé par la laparotomie et en montre une préparation : la ventro-fixation de l'utérus rétrofléchi fut faite. Suites de l'opération normales.

OBSERVATION XXXVII.

Millot-Carpentier. Soc. de chirurgie, 19 février 1890. Fibro-myome énorme inclus dans le ligament large. Opération. Mort le 3e jour.

Cet auteur croit avoir eu affaire dans le cas particulier à un fibro-myome de l'ovaire qui, d'après Richelet, serait plutôt un gros fibrome inclus dans le ligament large.

OBSERVATION XXXVIII.

Tédenat. (*Pozzi. Traité de gynécologie, 1890.*) — *Fibro-myomes des ligaments larges pesant 7 kilog. après évacuation d'un kysto-myome contenant 8 litres de liquide.*

Femme de 48 ans, mère de 2 enfants. Le ventre a commencé à grossir il y a 7 ans. Menstruation régulière peu abondante. Constipation opiniâtre. Douleurs lombaires. Depuis deux ans, le volume énorme de la tumeur gêne la respiration. A l'examen, grosse tumeur fluctuante ayant avec l'utérus petit et mobile les rapports ordinaires des kystes de l'ovaire. Dans le cul-de-sac de Douglas, masse mobile fuyant sous le doigt. *Laparotomie.* Ablation pénible des tumeurs de l'utérus et des annexes : les fibro-myomes adhérent aux parois pelviennes. Hémorrhagie considérable. Mort au bout de 20 heures.

Le kysto-myome développé dans le ligament large droit s'étale à droite et en avant de l'utérus. Il contenait 8 litres de liquide. La paroi, épaisse de 1 à 5 centimètres, a une face externe rosée, une face interne rouge reticulée, lobulée. De sa partie postéro-externe, se détache, par un pédicule long de 3 centim., épais également de 3 centim., une tumeur rose pâle, flasque, du volume de deux poings. En arrière de ces deux grosses masses, sont une dizaine de tumeurs dont le volume varie (œuf de poule, poing, grosse poire, rein) incluses dans les ligaments larges, reliées les unes aux autres par un tissu lâche qui leur laisse une grande mobilité. Elles n'ont aucun rapport de continuité avec l'utérus qui est petit et normal. Ces tumeurs sont des fibro-myomes typiques, *certainement nés dans le ligament large* et de texture plus lâche que celle des myomes utérins ordinaires.

OBSERVATION XXXIX.

(Communiquée par M. le professeur Gross. — Inédite.)

Fibromyome du ligament large droit.

Une jeune femme de 31 ans, non mariée, entre à notre service le 27 décembre 1891. Sans antécédents héréditaires ni personnels particuliers, réglée à 17 ans et toujours régulièrement depuis, n'ayant jamais eu d'enfant, notre malade fait remonter le début de sa maladie à trois ans auparavant. A cette époque elle ressentit des douleurs abdominales avec irradiation vers la région lombaire. Il y a un an, elle s'aperçut, pour la première fois, de la présence d'une grosseur dans le ventre.

A son entrée, je constate que l'abdomen est volumineux et mesure 87 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic, 18 de l'ombilic au pubis, 15 de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 17 de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, et 20 de l'ombilic à l'épine iliaque antero-supérieure droite. A la palpation j'y découvre une tumeur de forme régulièrement ovoïde, à surface lisse de consistance ferme, inclinée vers la droite et remontant jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. La tumeur, mobile, peut être déplacée vers la droite et vers la gauche, elle ne semble pas plonger derrière le pubis, la paroi abdominale se laissant déprimer entre la tumeur et lui.

Le toucher vaginal doit être pratiqué sous le chloroforme; il était difficile, non seulement en raison de la présence de l'hymen, mais encore par le fait de l'existence d'un rétrécissement congénital sans doute de la partie supérieure du vagin. Derrière ce dernier obstacle je trouve un col petit, conique, un utérus peu développé, mais mobile, les mouvements imprimés à la tumeur abdominale paraissent sans influence sur la position de la matrice. L'exploration des culs de sac latéraux a été impossible à cause de la conformation spéciale du vagin.

Quant au diagnostic, la consistance de la tumeur, sa forme ovoïde, allongée, plaidaient en faveur d'une fibrome de la matrice, mais la palpation hypogastrique et le toucher vaginal n'ayant démontré aucune connexion de la tumeur avec l'utérus, je conclus à l'existence d'une tumeur ovarique, d'un kyste dermoïde.

Le 1er février 1892 je pratique la *laparotomie*. Après les précautions antiseptiques ordinaires, et chloroformisations de la malade, on incise la paroi abdominale sur la ligne blanche à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic, presque près de la symphyse pubienne. Après ouverture du péritoine, je découvre la face antérieure de la tumeur, qui est lisse, sans adhérences, de couleur rouge violacée, parcourue verticalement par de gros canaux veineux.

L'aspect de la tumeur était celui des fibromyomes utérins. Introduisant la main dans la cavité péritonéale, je reconnais que la tumeur est libre dans la majeure partie de sa surface : à la partie supérieure et externe existent quelques adhérences peu anciennes avec l'épiploon, qui sont facilement décollées. Cela fait, la tumeur est facilement dégagée et sortie de l'abdomen. Sa forme est celle d'un ovoïde allongé, il y a un pédicule épais situé à droite. En le saisissant entre les doigts, je reconnais que la tumeur ne se prolonge pas dans son épaisseur ; son extrémité inférieure est nettement délimitée. Le pédicule s'étale autour d'elle en forme de cupule. J'y applique deux grandes pinces qui l'étreignent solidement. J'incise ensuite circulairement, à 4 centimètres en avant des pinces, une capsule assez épaisse qui enveloppe la tumeur ; dès lors celle-ci est facilement énucléée. Le pédicule est ensuite solidement lié par deux fils de soie enchaînés, passés au-dessous des pinces, puis celles-ci sont enlevées. Une portion de tissus situés en avant de la ligature est reséquée de manière à diminuer autant que possible le volume des parties étreintes.

En cherchant à préciser les rapports du pédicule, je reconnais que celui-ci tient à la partie postérieure et supérieure de la région externe du ligament large droit. Je trouve l'ovaire et la trompe l'un et l'autre intacts et en avant du moignon ; la matrice est petite, sans rapports avec lui et située à sa place normale. La tumeur avait donc pris naissance sur le ligament large.

La plaie abdominale est ensuite réunie par un triple plan de sutures ; un surjet au catgut rapproche les lèvres de l'incision du péritoine ; des points alternativement profonds et superficiels, au crin de Florence, réunissent les plans fibro-musculaires et la peau.

Pansement à la gaze iodoformée et au coton salicylé. Bandage compressif à l'ouate enveloppant tout l'abdomen et le bassin. L'opérée est sondée et reportée dans son lit.

Les suites de l'opération ont été simples ; néanmoins vers le dixième jour il survint un léger endolorissement et de la tuméfaction dans la région du pédicule. Enfin un petit abcès au niveau de la partie inférieure de la ligne des sutures vint entraver pour quelque temps la guérison définitive.

La tumeur extirpée avait une forme régulièrement ovoïde, sa surface était lisse, excepté à sa partie supérieure où avaient existé quelques adhérences et au niveau du pédicule, sa couleur était rouge violacé. Elle pesait 2,500 grammes ; son diamètre longitudinal mesurait 23 centim. ; son diamètre transversal, 18 centim. ; sa circonférence maxima était de 57 centim.

Cette tumeur était entourée d'une capsule de 5 mm. d'épaisseur au niveau du pédicule mince vers la partie supérieure où elle n'était plus formée que par les feuillets péritonéaux.

L'aspect de la coupe était celui des fibro-myomes utérins. Dans le tiers inférieur, la tumeur était constituée par un

tissu dense élastique, gris rose, de texture homogène ; dans les deux tiers supérieurs son aspect devient œdémateux, gélatineux, jaune violacé. On y trouve deux petites cavités kystiques, l'une de la grosseur d'une noisette, l'autre de celle d'un œuf de pigeon renfermant toutes deux un liquide clair et visqueux.

L'analyse histologique, faite très obligeamment par M. le professeur Baraban, a démontré que la néoplasie était un fibro-myome avec prédominance du tissu musculaire sur le fibreux. L'imprégnation au nitrate d'argent montre quelques réseaux lympathiques très développés. La partie la plus molle du néoplasme est également musculaire, mais avec dissociation des faisceaux par une substance gélatin-iforme dans laquelle sont disséminées des cellules rondes granulo-graisseuses peu abondantes. De par ce fait, la tumeur pourrait s'appeler myxomyome, ou peut-être, ajoute M. le professeur Baraban, conviendrait-il d'admettre simplement une sorte d'œdème. Les petits kystes observés semblent être des kystes par ramollissement.

« Ce cas, fait observer M. le professeur Gross, présente plusieurs particularités intéressantes. D'abord au point de vue de l'origine même de la tumeur, celle-ci n'était ni en arrière, ni au-dessous de l'ovaire, et trop éloignée de l'utérus pour provenir du ligament de l'ovaire, comme c'était le cas pour celle d'Alban Doran ; son point d'origine semble avoir été le voisinage du faisceau musculaire que Rouget a appelé ligament rond supérieur ou ligament lombaire, c'est-à-dire des éléments musculaires avoisinant les vaisseaux ovariens. Ensuite en ce qui concerne sa structure, il faut remarquer qu'elle était en voie d'infiltration œdémateuse et myxomateuse, absolument comme celle de Sænger qui montrait des modifications identiques que cet auteur explique, ainsi que nous l'avons vu, par la dif-

ficulté de la circulation veineuse survenue dans l'intérieur de la tumeur par suite de sa situation et de sa forme irrégulière. Dans notre cas, les inflexions auxquelles était exposé le pédicule devaient successivement produire un résultat analogue, et il est permis de supposer que les modifications observées dans cette tumeur étaient un acheminement vers sa transformation kystique.»

OBSERVATION XL.

Peyrot. Bulletin de la Soc. anat. de Paris 1875 *p.* 178.
Lipome du ligament large.

Ce lipome a été trouvé à l'autopsie d'une vieille femme; il est de la grosseur du poing et a la forme d'un rein : il flottait dans la cavité péritonéale. Il existait en outre un kyste de la grosseur d'une lentille siégeant sur le col de l'utérus, et il avait déterminé une légère hypertrophie.

OBSERVATION XLI.

Résumée. – (Traduction personnelle).

(*Middelschulte. — Thèse de Greifswald* 1884). — *Lipome du ligament large droit.*

Femme âgée de 64 ans, d'une bonne santé habituelle, réglée pour la première fois à 14 ans, normalement depuis, ayant eu sept enfants nés à terme et trois avant terme. Ménopause à 50 ans. En 1878 elle remarque que son ventre grossissait et en 1882 elle était venue à la clinique où on avait constaté alors la présence à droite de l'utérus et *manifestement sans aucune connexion avec lui* d'une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte, qu'on avait pris pour un kyste ovarique : la malade s'enfuit de la clinique dans la crainte d'une opération : depuis un an l'accroissement de volume de la tumeur avait pris une

marche exceptionnellement rapide, s'accompagnant des symptômes pénibles habituels ; depuis huit semaines il y avait de l'œdème des deux jambes surtout marqué du côté droit et la malade se fait conduire une deuxième fois à la clinique gynécologique, le 15 septembre 1884.

A ce moment on constata que cette femme amaigrie, incapable de marcher sans aide, présente un abdomen extraordinairement distendu, avec circulation veineuse collatérale considérablement développée : circonférence abdominale au niveau de l'ombilic : 108 cent. ; à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne : 117 cent. ; distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic 47 cent. ; à la symphyse : 98 cent. ; distance de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure gauche : 27 cent. ; droite : 29 cent. Ni pigment, ni vergetures abdominales. Légère hernie ombilicale.

Au palper, la tumeur a une consistance uniforme avec parties dures dans sa région supérieure ; fluctuation manifeste à la région inférieure. La matité à la percussion commence à trois travers de doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde pour se continuer dans toute la région abdominale et se confondre avec la matité hépatique.

A droite et à gauche sur le prolongement de la ligne axillaire son faiblement tympanique. Au toucher, le vagin est sénil, le corps en arrière et à gauche ainsi que l'utérus toutefois bien palpable. A travers le cul-de-sac droit on sent la tumeur, élastique et semblant s'étendre jusque dans le cul-de-sac de Douglas. On pose presque avec certitude le diagnostic du kyste de l'ovaire droit.

L'opération est faite le 17 septembre antiseptiquement. Incision abdominale sur la ligne blanche de l'ombilic à la symphyse : on ponctionne la tumeur : mais non seulement il ne sort pas une goutte de liquide par le trocart, mais une masse de tissu adipeux apparaît même derrière la coque de la tumeur. On énuclée celle-ci avec la main,

mais pour la sortir on dut prolonger l'incision au-dessus de l'ombilic. La tumeur qui présentait une large base d'implantation dans le bassin, avait contracté à droite et sur sa face postérieure des adhérences avec le cœcum, l'appendice vermiforme et la partie inférieure du côlon ascendant qu'elle avait refoulés en haut, en décolle les adhérences. La tumeur est alors facilement dégagée de l'enveloppe que lui formait le ligament large, et son pédicule formé par la trompe, le ligament de l'ovaire et les restes de l'enveloppe péritonéale, est ensuite sectionné après une ligature en masse.

En raison du rapetissement de l'incision péritonéale il ne parut pas nécessaire d'en réunir les lèvres. Après toilette minutieuse du péritoine la plaie est saupoudrée d'iodoforme, la cavité abdominale fermée par 15 points de suture et le tout recouvert d'un pansement antiseptique compressif. Guérison un mois et demi après l'opération retardée toutefois par une cystite due aux cathétérismes répétés, pratiqués dans les premiers temps qui suivirent l'opération, un phlegmon de la région du genou droit, un abcès de la paroi abdominale, et une légère eschare au sacrum.

La tumeur pesait 30 livres, et avait une longueur de 90 cent. sur une largeur de 88 cent.; sauf à la partie inférieure et à droite, sur un espace d'environ 25 cent., elle était complètement enveloppée par le péritoine. Sur une coupe transversale sa consistance est élastique, sa coloration gris jaunâtre. Sur sa face antérieure on voit très bien la trompe droite dans toute son étendue ainsi que ses franges et son ouverture abdominale, comprise dans le revêtement séreux de la tumeur; à gauche et en bas la trompe est sectionnée et on reconnaît facilement sa lumière. Le ligament de l'ovaire est directement appliqué sur la trompe. De l'ovaire droit lui-même aucune trace. Au-dessous de la

trompe, passant transversalement sur la tumeur et s'y perdant bientôt se trouve le ligament rond, long d'environ 18 centimètres.

A l'examen microscopique la tumeur se montre formée de cellules adipeuses avec tissu conjonctif peu abondant. Il s'agissait donc ici d'un lipome développé aux dépens du ligament large.

OBSERVATION XLII.

Pozzi. Traité de gynécologie 1890. — *Lipome du ligament large.*

Cet auteur mentionne un exemple personnel de lipome du ligament large qui avait été pris pour un kyste ovarique à cause de sa fausse fluctuation. La tumeur était énorme et remplissait l'abdomen. La malade mourut subitement d'embolie après une ponction exploratrice.

OBSERVATION XLIII

Playfair. Trans. of. the. obstetric. Society. London. Vol. XV, 1873. P. 217. *Sarcome du ligament large droit.*

A la séance du 5 novembre 1873, cet auteur présente un spécimen de sarcome malin, vraisemblablement originaire du ligament large droit, mais qui à l'autopsie remplissait toute la cavité abdominale. Le cas était intéressant parce que la malade avait été admise à l'hôpital au 7e mois d'une grossesse, et qu'on supposait qu'elle avait une tumeur ovarique. Au côté de l'utérus existait une tumeur lisse, paraissant fluctuante, et parfaitement mobile, ayant à peu près le volume d'un melon. C'étaient là à n'en pas douter les caractères d'une tumeur d'origine ovarienne, mais comme celle-ci n'apportait aucun obstacle à la filière pelvienne, on conseilla à la malade d'aller jusqu'à

terme, et elle quitta l'hôpital : elle accouche à terme après un travail absolument normal. Trois mois plus tard elle était admise de nouveau à la dernière extrémité ; la cavité abdominale était occupée par une masse dure, irrégulière, refoulant à la partie supérieure le foie lui-même. La tumeur primitivement constatée pendant la grossesse était cependant restée facilement accessible à l'examen ; une zône de tympanisme la séparait de l'autre néoplasie, et elle ne paraissait certainement pas s'être étendue. L'utérus était absolument fixé dans le bassin et un véritable écoulement fétide suintait par l'orifice du col.

On porte donc le diagnostic de dégénérescence maligne du péritoine accompagnant la tumeur ovarique primitivement constatée. La malade succombe peu de temps après.

A l'autopsie on ne trouve qu'une masse unique paraissant avoir pris naissance dans la région du ligament large droit. La prétendue tumeur ovarique avait une structure identique à celle du reste du néoplasme, auquel elle était reliée par une partie étroite, profondément située, et inaccessible à la palpation. L'utérus et les ovaires étaient normaux. L'écoulement fétide venant de l'utérus s'expliquait par l'existence dans sa cavité d'un caillot à moitié organisé, appendu à sa paroi, et ayant à peu près le volume d'une orange. Le tissu utérin lui-même n'avait pas participé à cette dégénérescence maligne.

Les points intéressants dans ces cas, ajoute l'auteur, sont les suivants :

1° La difficulté et l'obscurité du diagnostic pendant la gestation et où n'était pour rien l'état de la malade.

2° L'accroissement extrêmement rapide de la tumeur après la délivrance, fait qui semble montrer très probablement que, si la tumeur est restée silencieuse pendant la gestation, cela tenait à la présence de l'utérus gravide, puisqu'immédiatement après l'accouchement, elle s'est mise à s'accroître avec cette rapidité.

OBSERVATION XLIV.

Péan. Cliniques. T. I. 1876. P. 681. *Sarcome médullaire du ligament large droit.*

Jeune fille de 28 ans, d'une bonne santé générale, ayant présenté de l'aménorrhée pendant 3 mois : en même temps développement du ventre, puis retour régulier des règles. Toucher vaginal impossible par suite de la présence de l'hymen. Diagnostic : Fibrome utérin. *Opération.* Pas d'ascite, tumeur à surface un peu bosselée d'un jaune grisâtre un peu sale, solide, sans aucun point ramolli, mais se coupant facilement sous les pinces, et se déchirant par les tractions. Elle a le volume d'une tête d'adulte. Une seule adhérence avec l'épiploon sous forme d'un long vaisseau veineux roulé en spirale et s'engageant dans l'épaisseur de la tumeur ; celle-ci provient du ligament large droit, à environ 4 centimètres de la corne utérine en un point très voisin de l'ovaire, de 6 à 7 centimètres au plus, par un pédicule assez court, gros comme le pouce. Ce pédicule est lié et traité comme un pédicule de kyste ovarique. Mort le 2e jour par péritonite. *A l'autopsie* trompes, ganglions iliaques et mésentériques cancéreux.

OBSERVATION XLV.

Satterthwaite. Médic. Rec. New-York. 1878. *T. XIV.* P. 435. *Sarcome ou hématome du ligament large.*

Cet observateur trouve *à l'autopsie* d'une femme morte à la suite de phénomènes syncopaux, utérus et ovaires étant sains, une tumeur kystique occupant le ligament large, constituée microscopiquement par une substance friable entourant un hématome et pouvant être regardée comme étant de nature sarcomateuse, substance dans la-

quelle se trouvaient des corpuscules ronds et fusiformes, englobés dans un stroma homogène. Malheureusement de tels caractères appartiennent également aux hématokystes qui commencent à s'organiser ; aussi est-il ici difficile, sinon impossible de distinguer entre les deux par le simple examen microscopique ; « les sarcomes occupant un tel siège étant très rares, je serais, conclut cet auteur plutôt porté à regarder cette tumeur comme un hématome kystique de la trompe. »

OBSERVATION XLVI.

(*Schmid-Breisky. Prag. medicin. Wochensch.*, 1878, 35.
Résumée. — Fibro-sarcome du ligament large droit.

Femme âgée de 33 ans, vigoureuse, qui, à la suite d'un accouchement survenu 4 ou 5 ans auparavant, avait remarqué dans le flanc droit la présence d'une tumeur arrondie, grosse comme une pomme environ, ni sensible, ni douloureuse à la pression. Pendant 6 mois, augmentation de volume à peine appréciable. Au retour de ses règles et à la suite de fatigues, survinrent pendant 8 jours tous les signes d'une péritonite ; en même temps la tumeur prit un accroissement très rapide et gêna bientôt la malade par son poids. Plus tard, se produisit une descente de matrice avec prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

A l'examen de cette femme, on constate une forte éventration abdominale dont la cause réside dans la présence d'une tumeur solide s'étendant presque symétriquement de part et d'autre de la ligne médiane, d'un volume et d'une compressibilité remarquables (circonférence abdominale, 113 c.) La surface de la tumeur facilement palpable en raison de l'écartement des muscles droits est lobulée. *A la palpation bi-manuelle, on sent les deux ovaires*, le droit semblant plus volumineux et sensible à la pression. *L'u-*

térus, normal d'ailleurs, se laisse bien délimiter d'avec la tumeur. De ses annexes droites se détachait pour se diriger en haut et vers la tumeur un long pédicule. A la percussion, matité uniformément répartie qui persiste même dans les changements de position de la malade. Pas de fluctuation. *Le diagnostic probable de tumeur solide du ligament large droit est posé* et confirmé du reste par l'opération ; suites absolument normales. Guérison de la malade.

OBSERVATION XLVII.

Chénieux. Arch. de tocologie, 1880, *p.* 439. — *Cysto-sarcome implanté sur le ligament large gauche. — Extirpation. — Mort le* 13e *jour.*

Une femme de 32 ans, forte et d'une bonne santé habituelle, nullipare, menstruée régulièrement d'ordinaire, consulte cet auteur en février 1879, ayant vu depuis assez peu de temps son ventre augmenter de volume. Un médecin consulté à cette époque avait cru à une grossesse. On constate à ce moment l'existence d'une tumeur occupant surtout la fosse iliaque ne dépassant guère la ligne médiane s'avançant en haut au voisinage de la zône ombilicale, sans prolongements dans le petit bassin et paraissant partir de l'angle supérieur de l'utérus dont elle semblait suivre les mouvements, de même que le doigt appliqué sur le col utérin percevait ceux communiqués à la tumeur. La mobilité très grande de cette masse, sa forme allongée et quelques saillies de surface me firent penser à un corps solide ayant son point de départ dans l'utérus.

Aucune douleur n'en avait d'ailleurs accompagné le développement et son volume seul avait révélé sa présence à la malade. Je conseillai l'expectation ; dans le courant d'octobre, la tumeur était devenue énorme et remplissait tout l'abdomen ; les forces de la ma-

lade diminuant et de vives douleurs étant survenues récemment, on se décida à une intervention.

A ce moment, le néoplasme occupait toute la région hypogastrique, les fosses iliaques, présentaient à la hauteur de l'ombilic un sinus où se logeait l'intestin et envoyait de chaque côté, vers les hypochondres, un prolongement qui s'enfonçait sous les fausses côtes ; ascite concomittante gênant la respiration.

Incision sur la ligne blanche s'étendant de l'ombilic jusqu'à environ 2 ctm. au-dessus du pubis. On ponctionne le liquide ascitique et on arrive alors sur la tumeur qui apparaît entre les lèvres de la plaie blanchâtre et comme fluctuante ; croyant à un kyste multiloculaire, on le ponctionne, mais rien ne s'écoule par la canule ; celle-ci retirée, il suinte des lèvres de la plaie un liquide épais, mais transparent, mêlé par places d'un peu de sang ; la trame de la tumeur était si friable que ni les pinces à kyste, ni aucune ligature ne purent maintenir rapprochées les lèvres de la plaie faites par le trocart ; on applique sur celle-ci des éponges et on introduit la main gauche entre les parois abdominales et le prolongement droit de la tumeur. Impossible de rien déloger ; aussi je crus un moment à des adhérences ; je prolongeai l'incision de la paroi abdominale de 2 cent. 1/2 au-dessus de l'ombilic et j'introduisis de nouveau la main pour attirer fortement la tumeur ; je sentis qu'elle cédait ; la partie gauche bascula en arrière et en haut pendant que le prolongement droit que j'avais saisi exécutait un mouvement en sens contraire. Une fois celui-ci hors de l'abdomen, le reste de la masse vint sans difficulté et nous fûmes fort heureusement surpris de n'avoir aucune adhérence et qu'un pédicule mince implanté sur le ligament large gauche. Toilette du péritoine, suture des parois abdominales, péritoine compris, pansement antiseptique.

Pendant 11 jours, les suites de l'opération furent absolument normales ; le pédicule tombe au 10e jour ; les sutures avaient été enlevées la veille ; le 12e jour, une véritable péritonite se déclare, et le lendemain soir la malade succomba, emportée par cette affection.

La tumeur pesait 12 livres et offrait une masse tremblotante formée d'un canevas à larges mailles occupées par un liquide transparent, assez épais ; elle renfermait plusieurs cavités kystiques du volume du poing. Elle avait très probablement pour point de départ l'ovaire gauche, mais je ne m'assurai pas du fait au cours de l'opération, et l'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION XLVIII.

Duplay. Gaz. des hôpitaux 1880. P. 625. — *Sarcome kystique du ligament large droit.*

Femme âgée de 20 ans, non mariée, n'ayant eu ni enfants ni fausses couches. Réglée à l'âge de 13 ans jusqu'au commencement de cette année. Il y a 10 mois ses règles ont été supprimées. Le mois suivant elle était prise de ménorrhagies très abondantes qui ont duré 10 jours et se sont reproduites aux époques menstruelles suivantes. En même temps que ces accidents, elle remarquait depuis 8 mois l'existence d'une tumeur qui se développait dans la fosse iliaque droite et qui avait déjà acquis le volume du poing. Cette tumeur, indolente, a augmenté de volume progressivement, et force la malade à entrer à l'hôpital ces jours derniers.

A son entrée on constate que le ventre a acquis le volume qu'il présente vers le sixième mois d'une grossesse : la tumeur occupant la région sous-ombilicale remonte à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic qui est enfoncé et déprimé. La forme du ventre n'est pas exactement régulière : celui-ci présente un certain aplatissement.

La surface de la tumeur est lisse, régulière, sans bosselures apparentes. Matité complète dans tous les points accessibles des fosses iliaques à droite et à gauche. La rénitence est extrême : à droite il semble bien nettement que le contenu de la tumeur est liquide. A côté de cette rétinence, certaines parties présentent des points indurés des corps plus solides, siégeant soit dans la paroi, soit dans l'intérieur de la tumeur. Il y a une certaine mobilité latérale. Au toucher vaginal on sent le col de l'utérus à peu près normal, petit et un peu ramolli, mais notablement déplacé : il est porté en avant. Le cul-de-sac latéral droit est plus profond que le gauche. L'utérus est immobile. Dans le cul-de-sac postérieur on sent le corps de l'utérus et une bride très dure, s'étendant du bord latéral droit du col vers la région droite du bassin, et se perdant dans cette région : cette bride semble fixer l'utérus. Immédiatement derrière la bride on sent une masse de consistance inégale et ayant des parties moins résistantes les unes que les autres. A côté de cette portion plus dépressible, il y a de petites masses donnant la sensation de corps dur. Au toucher rectal rien de particulier.

Ponction qui donne 60 grammes d'un liquide citrin jaunâtre, albumineux et fibrineux avec quelques globules blancs.

Duplay rejette l'hypothèse de tumeur fibro-cystique utérine (quoique les mouvements de la tumeur entraînent ceux de l'utérus) parce qu'une telle tumeur se serait développée vers le bassin et y aurait contracté des adhérences intimes et que dans le cas particulier l'utérus est repoussé en avant ; il rejette également celle de kyste multiloculaire, parce que généralement ces derniers se développent en même temps du côté de la cavité abdominale et ne poussent des prolongements dans le bassin que dans une période plus avancée ; enfin il est porté à rejeter aussi abso-

lument celle de kyste ovarique, le liquide de ponction ne renfermant aucun élément épithélial, aucune de ces grandes cellules spéciales aux kystes ovariques.

Il pense plutôt à un sarcome kystique de l'ovaire et du ligament large, parce que le toucher vaginal semble démontrer que la tumeur est extra-utérine et *s'est développée dans le tissu cellulaire qui entoure l'utérus et surtout dans le ligament large.* Aucune opération.

OBSERVATION XLIX.

E. M. Cushier. — Med. Rec. Janv. 1887. (*Cent. bl. f. Gynœcol.* 1887, p. 632.). — *Fibrosarcome du parovaire.*

Femme de 37 ans, nullipare. — Remarquait, depuis un an, une tumeur abdominale à développement rapide qui, après avoir rétrocédé et diminué à un moment, s'était en dernier lieu mise à s'accroître de nouveau. Opération. Après ouverture de la cavité abdominale, deux kystes se rompent à un très léger contact. La tumeur enlevée facilement contenait nombre de canalicules se perdant dans sa masse, dans lesquels on pouvait faire passer une sonde cannelée ordinaire : c'étaient comme des corps de Wolff considérablement hypertrophiés : histologiquement la tumeur était un fibrosarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION L.

Martin. Soc. obst. de Berlin, 28 octobre 1887 (*Zeit. f. Geb. u Gynœk. p.* 577). — *Myosarcome intraligamentaire du côté droit.*

Cet auteur montre un myosarcome intraligamentaire provenant d'une femme de 47 ans ayant déjà accouché une fois. Sa menstruation avait cessé depuis deux ans et de-

puis la même époque à peu près étaient survenues de fortes douleurs au niveau de la vessie, une violente oppression, et des maux de reins. On trouve à l'exploration, occupant la moitié droite du bassin une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant très dure, presqu'entièrement immobile, solidement accolée à l'utérus repoussé à gauche. On diagnostique un myome intraligamentaire droit. *La parotomie.* Après division de la capsule de la tumeur, énucléation difficile en raison des adhérences serrées de cette dernière avec le plancher pelvien. Déchirure du cul de sac postérieur du vagin. Drainage vaginal. Convalescence normale. Guérison. La tumeur ronde, mesurant 15 centimètres de diamètre, était constituée dans sa partie supérieure par du tissu musculaire pur : au milieu, quelques places ayant subi la dégénérescence myxomateuse, tranchant sur les portions voisines par leur transparence vitreuse. Les parties inférieures ont un aspect absolument homogène, jaune pâle et une consistance assez molle, et offrent les caractères du sarcome à grandes alvéoles et à cellules rondes.

Récidive deux mois après, remplissant toute la cavité pelvienne et qui nécessite une nouvelle intervention : on enlève en allant aussi loin que possible les masses sarcomateuses. Nouvelle guérison de la malade qui sort de la clinique quelques jours plus tard.

OBSERVATION LI.

Polaillon. Soc. obst. et gynéc. de Paris 12 *juillet* 1888. — *Cysto-Sarcome du ligament large.*

Présentation d'un kysto-sarcome du ligament large avec l'ovaire et la trompe correspondants. Guérison.

OBSERVATION LII.

Royitansky. Allgem. Wien. Medicinalzeit. 1889, n° 26. (*Cent. bl. f. Gynœk.* 1889, *p.* 774. — *Fibrosarcome des ligaments larges.*

Il s'agissait d'une jeune femme de 24 ans, chez laquelle on avait déjà enlevé en 1887 par la laparotomie un fibro-sarcome développé dans le ligament large gauche et qui subit une seconde laparotomie en 1889 pour un fibrosarcome développé cette fois dans le ligament large droit. La tumeur enlevée lors de cette seconde opération était un sarcome qui provenait d'un fibro-myome et dont certaines parties étaient énormément œdématiées; mort quatre jours après l'opération.

Il y a, fait observer l'auteur, de remarquable dans ce cas, l'origine même de la tumeur, qui s'est développée entre les ligaments larges, fait assez rare.

OBSERVATION LIII.

J. C. Hayes. Obst. Society. of London. 6 *mai* 1874. (*Lancet* 30 *mai* 1874. P. 767. *T. I*). *Carcinome médullaire du ligament large droit.*

Présentation d'une tumeur carcinomateuse originaire, d'après l'auteur, du ligament large qui, de l'avis unanime de la plupart des anatomistes est regardé comme une expansion de l'utérus. La malade âgée de 30 à 40 ans, fut admise dans un état de maigreur extrême, presque mourante : on ne put connaître son histoire.

Après la mort on trouva dans la fosse iliaque droite une tumeur irrégulière, semi-élastique, un peu plus grosse qu'une tête de fœtus à terme. L'ossature du bassin, jusqu'aux vertèbres, était infiltrée superficiellement par les masses néoplasiques, s'étendant entre les feuillets du li-

gament large, jusqu'à une courte distance de l'utérus et de l'ovaire de ce côté : ceux-ci étaient intacts ; seuls les ganglions lombaires et inguinaux étaient légèrement augmentés de volume sans être malade. L'aspect microscopique de la tumeur étant celui d'un cancer médullaire.

OBSERVATION LIV

Landouzy. Gaz. des hôpitaux. 1886. P. 1146. *Tumeurs carcinomateuses des ligaments larges. Mort.*

Femme de 35 ans, entre dans le service, quelque temps après être accouchée avant terme d'un enfant mort né, avec tous les signes d'une péritonite. Un peu de rémission étant survenue quelques jours après, on put alors constater que l'utérus était encore volumineux, et qu'il existait de chaque côté de cet organe une tuméfaction qui paraissait s'être faite aux dépens des ligaments larges et qui nous a semblé correspondre, selon toutes probabilités à deux tumeurs de nature sarcomateuse ou carcinomateuse des ligaments larges.

La malade est emportée quelques jours plus tard par une péritonite inflammatoire surajoutée à son affection cancéreuse des ligaments larges et qui s'était accompagnée d'une ascite considérable ayant nécessité plusieurs ponctions.

A l'autopsie on trouve de la carcinose aiguë et de la péritonite franche : adhérences intestinales, taches blanches et brillantes disséminées sur le péritoine de grosseur variable formant même en certains endroits de petites tumeurs variant comme volume entre celui d'un gros pois et celui d'une noisette.

L'utérus avait son volume normal, derrière lui on découvrait deux tumeurs développées dans les ligaments larges droit et gauche. Celle du côté gauche avait le vo-

lume d'une noix, tandis que celle de droite était grosse comme deux rates réunies. Il s'agissait bien là de 2 tumeurs carcinomateuses qui de plus avaient déterminé une carcinose miliaire aiguë véritable, qui avait même gagné la cavité thoracique à travers le diaphragme par l'intermédiaire des lymphatiques.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Comme on peut le voir d'après ces observations, les symptômes morbides des tumeurs solides des ligaments larges, sont ceux de toutes les tumeurs pelviennes quelles qu'elles soient : douleurs, troubles dus à la compression des organes voisins de la vessie, de l'uretère, du rectum, de l'utérus, des nerfs du bassin (plexus sacré et lombaire,) des artères et des veines iliaques.

Si l'évolution de la tumeur est abdominale, il y a surtout à noter l'augmentation de volume du ventre, exceptionnellement de l'ascite et à ce point de vue ces symptômes ne présentent aucune différence avec ceux que l'on observe dans tous les cas de tumeurs pelviennes à développement abdominal : aussi ne méritent-ils pas de nous arrêter davantage.

Beaucoup plus importants sont les symptômes objectifs, ou signes physiques de la tumeur, décelés par l'examen direct et qui seuls peuvent nous permettre d'établir notre diagnostic.

Nous avons vu en somme que parmi toutes les observations que nous avons pu recueillir, et dont l'examen a bien démontré qu'il s'agissait réellement d'une tumeur solide à origine primitive dans le ligament large, dans une seule (celle de Breisky obs. XLVI) le diagnostic a été porté ; dans toutes les autres on a toujours cru avoir affaire, soit à un néoplasme d'origine ovarienne soit à une tumeur utérine, et le diagnostic a toujours été fait soit post mortem soit post operationem. Le point de départ de ces tumeurs est donc très difficile sinon impossible à reconnaître le plus souvent, à plus forte raison quand elles sont incluses dans les ligaments larges eux-mêmes : il est alors matériellement impossible à la simple exploration d'en diagnostiquer l'origine.

Cependant nous devons noter d'après l'observation même de Breisky, qui est un cas unique et remarquable non seulement au point de vue du diagnostic même, porté avant l'opération, mais encore au point de vue de la netteté des symptômes qu'il est absolument exceptionnel de rencontrer à un si haut degré ; nous devons, disons-nous, essayer de tracer les caractères essentiels d'une tumeur solide des ligaments larges.

Nous supposons bien entendu que le diagnostic

a déjà été fait d'une part avec toutes les tumeurs solides ou liquides originaires de la cavité pelvienne que l'on peut rencontrer dans l'abdomen : les collections enkystées des trompes, la grossesse extra-utérine, les noyaux inflammatoires de péri-mètro-salpingite, la rétroflexion de l'utérus gravide, les tumeurs nées aux dépens des parois du bassin, de l'os iliaque en particulier ; d'autre part avec les tumeurs franchement liquides nées dans les annexes de l'utérus : kystes ovariques, kystes ligamentaires par exemple. Admettons enfin que nous sommes ainsi en présence d'une tumeur solide ou du moins présentant des parties nettement solides nées aux dépens de l'utérus ou de ses annexes ; il ne nous reste donc plus maintenant qu'à déterminer auquel des trois organes : utérus, ovaire ou ligament large elle appartient. — Nous pourrions aussi, il est vrai, songer aux tumeurs solides nées aux dépens de ligaments ronds, comme Spencer Wells, Winckel Léopold, Kleinwæchter, Hecker, Duplay, Paletta, Verneuil, Duncan, Hofmokl, Sænger (92) et plus récemment Hasenbalg (*Zeitsch. f. Geb. und Gynæk.* 1892. P. 54) en ont cité des cas, dont quelques-uns en ont imposé pour des tumeurs d'origine ovarienne : en effet outre que ces tumeurs sont presque aussi rares que celles des ligaments larges eux-mêmes, et peuvent par conséquent être négligées involontairement à un examen même très attentif, elles présentent souvent absolument les mêmes rapports que ces dernières.

D'autre part peut-on admettre comme élément sérieux de diagnostic la présence ou l'absence de l'*ascite* et l'existence d'*adhérences ?* Certainement l'*ascite* est plutôt l'apanage des kystes ovariques et manque le plus souvent dans les cas de tumeurs fibreuses utérines : il semblerait de même qu'elle n'existe pas dans les cas de tumeurs solides ligamentaires, puisqu'on n'a constaté qu'une fois sa présence sur tous les cas que nous rapportons : il faut croire d'ailleurs que les auteurs n'ont pas semblé lui accorder grande importance, car aucun ne s'est préoccupé de rechercher si elle existait ou si elle n'existait pas.

Quant aux *adhérences* nous voyons qu'elles se sont présentées encore assez fréquemment (dans 11 cas) dans une proportion que nous ne pouvons établir, le plus grand nombre des auteurs ne disant pas si elles existaient ou si elles n'existaient pas. « Nul doute, dit M. le professeur Gross, en signalant leur existence dans son observation personnelle, qu'elles se seraient facilement multipliées et étendues, car les modifications de la circulation dans l'intérieur d'une tumeur sous-péritonéale, déterminent la chute de l'épithélium séreux de sa surface : de là la disposition et la facilité des adhérences. On sait que les fibromes pédiculés en général en présentent fréquemment. »

La palpation et la percussion nous ont donc instruits sur l'origine probable de la tumeur et nous ont fait voir que celle-ci se trouve dans l'uté-

rus ou ses annexes. Le cathétérisme intra-utérin, en nous fournissant des données exactes sur les dimensions de la cavité utérine, nous a démontré que la tumeur ne part pas de l'utérus.

L'allongement de la cavité utérine est en effet un signe constant dans tous les cas de tumeurs utérines (corps fibreux) en voie d'évolution, aussi bien dans ceux de tumeurs interstitielles, que dans ceux de tumeurs intraligamentaires.

Le toucher vaginal que nous devons alors pratiquer, nous permet de délimiter l'utérus, de voir s'il est mobile, s'il est dévié, de sentir à travers les culs de sac latéraux ou postérieurs une masse ne faisant pas corps avec cet organe. Mais c'est combiné à la palpation abdominale qu'il devient seulement un moyen d'investigation excessivement précieux, moyen qui seul a permis à Breisky de poser son diagnostic. En effet, après avoir par le toucher vaginal constaté que l'utérus normal, mobile, se laissait bien délimiter d'avec la tumeur, cet auteur pratique la palpation bimanuelle qui lui permet de sentir les deux ovaires normaux : son diagnostic était fait.

Malheureusement il est exceptionnel, à une période aussi avancée que celle où se trouvait la malade de Breisky, de sentir si nettement les ovaires ou du moins l'ovaire correspondant à la tumeur, soit que ce dernier soit complètement masqué par la tumeur qui le rend absolument inaccessible à l'exploration, soit, ce qui croyons-nous est le plus

fréquent, qu'il soit, comme le font observer Spiegelberg et B. Holmes à propos de son cas, « confondu avec la surface même de la tumeur, et le plus souvent entièrement méconnaissable en raison de son atrophie consécutive à sa compression ; de sorte qu'à ce moment la tumeur semble bien provenir de cet ovaire disparu ou du moins inaccessible à l'examen. »

Et c'est là ce qui fait que le diagnostic des tumeurs solides des ligaments larges n'est jamais posé, ce dernier n'étant possible qu'autant qu'après avoir reconnu l'utérus normal, indépendant de tumeurs, on peut sentir les ovaires sains également et dans leur situation normale. En somme cette difficulté de diagnostic peut expliquer également en partie pourquoi les tumeurs solides originaires des ligaments larges ont été si longtemps méconnues.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic est celui des tumeurs pelviennes en général, c'est-à-dire variable suivant la nature du néoplasme ; car si lorsqu'il s'agit de néoplasmes bénins tels que des lipomes ou des fibromyomes, la marche de la tumeur est lente, insidieuse, au point de ne déterminer des troubles de la santé générale qu'au bout d'un temps très long, et même de passer inaperçue pendant la vie et de ne révéler son existence qu'à l'autopsie, dans d'autre cas, lorsqu'on a affaire à des tumeurs malignes il n'en est pas de même, et la mort survient toujours dans un temps très court si l'on n'intervient pas, soit en raison de la marche rapide de la tumeur amenant des troubles du côté des organes pelviens ou abdo-

minaux (vessie, rectum, uretères, vaisseaux) qui compromettent l'existence à bref délai, soit, à défaut de ces derniers, en raison de la cachexie même qu'elle entraîne peu à peu lorsqu'elle se développe lentement. Il faut donc dans ces cas surtout intervenir dès que la tumeur est reconnue, et intervenir le plus tôt possible.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Il est évident que le seul traitement des tumeurs solides du ligament large en est l'ablation, ablation faite par les moyens les mieux appropriés aux circonstances.

Si la tumeur est franchement *pédiculée*, le traitement en est celui des kystes ovariques ou des myomes utérins à évolution abdominale ou pelvienne qui présentent un pédicule ; il suffit de dégager la tumeur de ses adhérences avec les organes voisins, s'il en existe, de lier le pédicule, de le sectionner au-dessus de la ligature et de le traiter par la méthode intra-péritonéale.

Si la tumeur est *sessile* ou *incluse* dans le ligament large, il faut en pratiquer le décortication tout

comme pour les corps fibreux utérins et les kystes intraligamentaires et pelviens avec ou sans drainage après suture de la poche quand celle-ci est très considérable : si, au contraire, comme le fait remarquer M. le professeur agrégé Vautrin (*Thèse d'Agrég.*, 1886) la cavité d'énucléation d'un myome intraligamentaire est petite, il n'y a pas lieu de s'en inquiéter, les fibres musculaires du ligament large suffisant en se contractant pour oblitérer complètement la solution de continuité.

S'il y a des adhérences avec les organes voisins, il est parfois impossible de faire l'ablation complète de la tumeur : dans ce cas il faut après avoir fixé la poche à la paroi de l'abdomen faire un drainage abdominal, le drainage par la voie vaginale n'étant plus aujourd'hui conseillé que par quelques rares auteurs, en particulier Martin (73) et Kaltenbach (46).

Telles sont les régles générales qui doivent présider au traitement chirugical des tumeurs solides à origine ligamentaire, traitement qui, comme on le voit n'offre absolument rien de spécial ; c'est pourquoi nous ne nous y sommes pas arrêtés longuement.

CONCLUSIONS

En résumé nous voyons donc que les preuves de l'existence de tumeurs solides primitives des ligaments larges ne sont plus à faire.

Leurs symptômes, leur pronostic, leur traitement sont ceux de toutes les tumeurs nées aux dépens de l'utérus ou de l'ovaire.

Leur pathogénie seule, et aussi quelques points de leur diagnostic méritaient d'être étudiés avec attention : c'est ce que nous nous sommes efforcé de faire dans ce travail, nous estimant heureux si nous avons pu ainsi contribuer pour une faible part à donner à ces tumeurs si longtemps méconnues la place qui leur revient dans la science chirurgicale et gynécologique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Balps. Thèse de Lyon, 1890.

(2) Bantock. (in B. Holmes).

(3) Bardenheuer. Drainage du péritoine, 1881.

(4) Barnes. Maladies des femmes, 1876.

(5) Bayard-Holmes. Am. Jour. of. obstét., 1888.

(6) Beigel-Hermann. Maladies des femmes, 1875.

(7) Bilfinger. Inaug. dissert., Würzbourg, 1887.

(8) Billroth. (Bandl.) Maladies des femmes, 1879, p. 190.

(9) Billroth. (Bandl.) Deut. Chirurgie, 1886.

(10) Boussi. Bull. Soc. anat. de Paris, 1878.

(11) Braun. Cent. bl. f. Gynæk., 1890.

(12) Burnham. Chicago Medic. Jour.,1867.

(13) Buschmann. Wien. med. Wochensch., 1880.

(14) By Ford. Soc. gynéc. de Chicago, 28 sept. 1888.

(15) Charpy. Struct. des lig. larges, Lyon médical, 1886, t. 53, p. 337.

(16) Chénieux. Arch. de tocologie, 1880.

(17) Chiari. Zeitsch. f. Heilk., 1884, V. p. 451.

(18) Courty. Maladies des femmes, 1881, p. 1,318.

(19) Cushier. Cent. bl. f. Gynæk., 1887.

(20) Dagonet. Zeitsch. f. Heilk., 1885, VI, p. 5.

(21) De Sinety. Gynécologie, 1879, p. 725.

(22) — Comp. rend. d. séan. Soc. de biologie, 1876, t. 28, p. 372.

(23) Doran (Alban). Obs. clin. et pathol. sur les tumeurs des ovaires, trompes et lig., Londres, 1885.

(24) Doran (Alban). Soc. obstét. de Londres, 1889.

(25) Drysdale. Soc. obst. de Philadelphie, 5 avril 1888.

(26) Duplay. Gaz. des hôpitaux, 1880.

(27) Duplay. Arch. de médecine, oct. 1882, p. 385.

(28) Emmet. Maladies des femmes, 1887.

(29) Erbstein. Arch. f. mikrosk. Anat. 1866, p. 530.

(30) Fenger (in B. Holmes).

(31) Fischel. Arch. f. Gynæk. 1880, XV, p. 198.

(32) — — 1884, XXIV, p. 119.

(33) Fordyce-Barcker. Am. Jour. of. obstet. janv. 1880.

(34) Fremy. Bull. Soc. anat. Paris, 1868.

(35) Freund. A. W. Gynæk. Klinik. 1885, T. I.

(36) Gaillard-Thomas. Maladies des femmes, 1879, trad. franç.

(37) Gayet. Lyon. Médical, 1874, T. 15.

(38) Goodell. Soc. obs. de Philadelphie, 1886.

(39) Grætzer. Inaug. Dissert. Breslau, 1876.

(40) Grohe. Monatsch. f. Geburtsk. und Frauenk, 1864, T. 23.

(41) Guérin. Arch. de tocologie, août 1879.

(42) Güsserow. Arch. f. Gynæk., X, p. 185.

(43) Hart et Barbour. Gynécologie, 1886, trad. franç.

(44) Hayes J.-C. Lancet, 1874, T. I.

(45) Hecker und Bühl. Klinik den Geburtskunde, 1864, T. II.

(46) Hegar et Kaltenbach. Gynéc. opératoire, 1886-88.

(47) Henle. Handb. d. Eingeweidelehre d. Menschen, 1873.

(48) Hofmeier.Zeitsch.f.Geburt. und Gynæk.T V. p. 96.

(49) Jones. Am. Journ. of. obstet. mai 1890.

(50) Killian. Arch. f. Gynæk. XXVI p. 476.

(51) Kiwisch.Klin. Vortr. üb. spec. Pathol. und Therap. d. Krankh d. weibl. Geschlechts. T. II. 1849.

(52) Klebs. Verhand d. Berlin. Geburts gesellch, 1865, liv. 17, p. 20

(53) Klebs. Handb. d. patholog. Anato. IV, p. 839-841.

(54) Kleinwæchter. Zeitsch. f. Geburt und Gynæk. T.IX, p. 68.

(55) Klob.Patholog.Anato. d. weiblich.Sexualorg.,1864.

(56) Kœllicker. Histologie, 1867.

(57) Konrad. Centr. bl. f. Gynæk., 1889.

(58) Krœnlein. Archiv. f. klin. Chirurg., 1877, T. XXI, supplém.

(59) Lala. Bullet. soc. anat. Paris, 1885.

(60) Lallement. Thèse, Paris, 1881.

(61) Landouzy. Gaz. des hôpitaux, 1886.

(62) Længner.Soc. obst. et gynéc. de Berlin, 1887.

(63) Lassalle. Thèse de Montpellier, 1889.

(64) Lawson-Tait. Maladies de l'ovaire, 1883.

(65) Lawson-Tait. Edimb. médic. Journ. 1889.

(66) Lebec. Gaz hebdom., 1881, nº 15.

(67) Lebec. Revue de chirurgie, 1886.

(68) Le Dentu. Semaine médicale, 1890.

(69) Léopold. Archiv. f. Gynæk. VI, page 235.

(70) Lücke et Klebs. Virchow's Archiv. T. XL. 4.

(71) Luschka. Anatomie des Meschens. T. II, 2, p. 363.

(72) Marchand. Virchow's. Archiv. T. XCII, 1883.

(73) Martin. Traité clin. des malad. des femmes, 1889, p. 503, traduc. française.

(74) Martin.Zeitsch. f. Geb. und Gynæk. 1888, p. 539 et 577.

(75) Mikulicz. Wien. medic. Wochensch, 1879.

(76) Middelschulte. Inaug. Dissertat. Greifswald, 1884.

(77) Millot-Carpentier. Soc. de chirurgie, 1890.

(78) Olshausen. Krankh. d. Ovarien (Franenkrank. von Billroth. VI) p. 159 et 161.

(79) Péan. Cliniques. T. I.

(80) Peyrot. Bullet. soc. anat. Paris, 1875.

(81) Playfair. Trans. of. the obst. soc. London, 1873.

(82) Polaillon. Ann. de Gynéc. 1888.

(83) Pozzi. Gynécologie, 1890.

(84) Rein. Arch. f. Gynæk. IX, p. 425.

(85) Rokitansky. Lehrb. d. pathol. Anatom. T. III, p. 443.

(86) — Centr. bl. f. Chirurgie, 1888.

(87) — Centr. bl. f. Gynæk., 1889

(88) Rouget. Journ. de physiol. t. I, p. 494.

(89) Rydygier. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie, 1881.

(90) Safford-Lee. Tumeurs de l'utérus et annexes, 1847, p. 123.

(91) Sænger. Arch. f. Gynæk., 1888, XVI.

(92) — — — 1883, XXI.

(93) — Soc. obst. de Leipzig, 1884.

(94) Satterthwaite. Méd. Rec. New-York, 1873.

(95) Scanzoni. Lehrb. d. Krankh. d. weibl. Sexualorg, III und V Auflage.

(96) Scanzoni. Beitr. z. Geburtskund. u. Gynæk., t. VI, p. 125 et 163.

(97) Schatz. Arch. f. Gynæk., IX, p. 142.

(98) Schetelig. — I.

(99) Schmid-Breisky Prag, med. Wochensch., 1878.

(100) Schrœder. Malad. des org. gén. de la femme, 1886, p. 495.

(101) — — — — — — 1879.

(102) Schrœder. Berlin. klinik. Wochensch., 1881

(103) Spencer Wells. Tum. de l'ovaire et de l'utérus, trad. franç., 1883.

(104) Spiegelberg. Archiv. f. Gynæk., t. I.

(105) Stein. Inaug. dissert. Berlin., 1876.

(106) Stricker. Histologie, p. 549.

(107) Tedenat. (in Pozzi, Gynécologie.)

(108) Terrier. Soc. de chirurgie, 1883.

(109) Terrillon. Leçons de clinique chirurgicale.

(110) Tillaux. Soc. de chirurgie, 1888.

(111) Waldeyer. Eierstock und Nebeneierstock, 1870.

(112) Weit. Malad. des org. génit. de la femme.

(113) Werth. Arch. f. Gynæk., XV.

(114) Winckel. Path. des org. génit. de la femme.

(115) Virchow. Path. des tumeurs, t. 3, p. 350, 412-414.

NUMÉROS.	AUTEURS.	AGE.	PARITÉ.	TUMEUR développée depuis	FLUCTUATION.	DIAGNOSTIC avant l'opération.	ÉTAT au cours de l'opération de : PÉDICULE.	UTÉRUS.	OVAIRES.	PARTICULARITÉS opératoires.	DIAGNOSTIC ANATOMIQUE. — Grosseur, Poids et Nature de la tumeur.	ISSUE.	PARTICULARITÉS.
							FIBRO-MYOMES.						
1	Leudet 1851	71	?	Découverte à l'autopsie.	.	.	Manque.	Normal. Corps fibreux interstitiel gros comme 1 pois.	Fibreux à gauche.	»	Petites tumeurs fibreuses du volume d'un pois du ligament large gauche.	»	»
2	Ibid. 1853	.	.	Ibid.	.	.	Id.	Normal.	Un fibreux.	»	Corps fibreux volumineux.	»	Tumeur fibreuse au pylore.
3	Lala 1855	.	.	Ibid.	.	.	Id.	»	»	»	Tumeur ossiforme fibreuse au centre.	»	»
4	Hecker et Buhl 1864	36	1	Découverte à l'autopsie.	.	.	Id.	Normal.	Normaux.	»	Fibrome	Mort au 9e jour de couches.	»
5	Burnham 1867.	?	.	?	.	.	.	»	»	»	Tumeur fibreuse enlevée du ligament large.	»	»
6	Fremy 1868	50	.	10 ans. Découverte à l'autopsie.	.	.	Id.	Atrophié.	»	»	Masse de corps fibreux.	»	Tumeurs prises pendant la vie pour un cancer utérin.
7	Schételig 1870	47	VI	2 ans.	Vague.	Kyste ovarique.	Id.	Normal.	Normaux.	»	Myome kystique télangiectasien caverneux du ligament large droit.	Mort.	Aucune opération. Adhérences.
8	Gayet 1874	42	Nullipare.	7 ans.	.	Kyste ovarique.	Manque	Normal.	Normaux.	»	Myome kystique du ligament large gauche.	Mort.	Adhérences.
9	Cohnheim 1874	.	.	Découverte à l'autopsie.	.	.	Manque	»	»	»	Fibro-myomes de la grosseur d'une cerise à celle d'une pomme.	»	»
10	Boussi 1878	35	.	Découverte à l'autopsie.	.	Tumeur fibreuse de l'utérus.	Manque	Normal.	Atrophiés.	»	Tumeur fibreuse volumineuse très dure.	»	Adhérences.
11	Miculicz 1879	22	.	6 ans.	.	.	Existe.	Petit.	Normaux.	»	Fibro-myome du ligament large droit. Poids : 5 kil.	Guérison.	Ascite. Adhérences.
12	Buschmann 1880	35	IV	3 ans.	Vague.	.	Manque.	Normal.	Normaux.	Hémorrhagie.	Fibro-myome volumineux.	Mort au 4e jour de l'opération.	Ablation simultanée du rein gauche adhérent à la tumeur.
13	Sænger 1880	19	I	9 mois.	Nette.	Kyste colloïde de l'ovaire gauche.	Existe.	Normal.	Normaux.	»	Fibro-myome hydropique du ligament large gauche. Poids : 8,510 grammes.	Guérison.	Double tumeur. Adhérences.
14	Bardenheuer 1881	.	.	.	.	.	Manque.	»	»	»	Myome intra-ligamentaire.	Mort 4 heures après l'opération.	La tumeur remplissait le bassin. Adhérences.
15	Rydygier 1881	.	Pluripare.	8 ans.	.	.	Manque.	»	»	»	Fibro-myome intra-ligamentaire droit. Poids : 30 livres 1/2.	Guérison.	Adhérences.
16	Schnœder 1881	.	.	.	.	.	.	»	»	»	Fibro-myome du ligament large gauche.	»	Enlevé au cours d'une ovariotomie.
17	Ibid 1883 (?)	.	.	.	.	.	.	»	»	»	Tumeur bilatérale des ligaments larges.	»	»
18	Sænger 1884 (?)	.	.	.	.	.	.	»	»	»	Myome du ligament large.	Mort.	»
19	Freund 1885	32	IV	5 ans.	.	Fibro-myome kystique intra-ligamentaire.	Manque.	Un peu épaissi.	Normaux.	»	Myome kystique du ligament large gauche.	Guérison.	Adhérences lâches.
20	Ibid.	30	Nullipare.	.	.	.	Manque.	Myomateux.	»	»	Myome du ligament large gauche volumineux.	»	»
21	Ibid (?)	32	.	.	.	Myome primitif du ligament large gauche	.	.	Normaux.	»	»	»	Aucune opération.
22	Goodell (?) 1886	.	.	.	.	.	.	.	Gauche malade.	»	Fibrome du ligament large droit	»	»
23	Lebec 1886	28	.	7 mois.	.	.	Peu appréciable.	Normal. Petit.	Normaux.	»	Myome kystique du ligament large droit, du volume du poing.	Guérison.	«
24	Sænger 1887	47	.	.	.	.	.	.	»	»	Fibro-myxome du ligament large gauche.	Mort au 10e jour de l'opération.	»
25	Billinger 1887	56	VIII	Découverte à l'autopsie.	.	.	Existe.	Normal.	Normaux.	»	Fibro-myome du ligament large droit, gros comme un œuf d'oie.	»	»
26	Martin 1887 (?)	57	.	.	.	.	.	.	.	»	Myome du ligament large gauche, Poids : 2 kil.	Guérison.	»
27	Rokitansky 1888	.	.	.	.	.	.	Normal.	»	»	Fibro-myome du ligament large droit.	»	»
28	Bantock (cité par Holmes)	.	.	.	.	.	.	.	»	»	Myome primitif du ligament large.	»	»
29	Fenger (id.)	.	.	.	.	.	.	.	»	»	Myome formé par l'agglomération de tumeurs plus petites.	»	»
30	Tillaux 1888	44	Nullipare.	.	.	Fibrome utérin.	.	.	»	.	Fibromes des ligaments larges.	Guérison.	Varicocèle concomitant formé aux dépens des veines ovariennes.
31	Terrier 1888	47	.	.	.	.	.	.	»	»	Fibrome du ligament large. Poids : 3,500 gr.	»	Varicocèle volumineux.
32	Le Dentu 1888	23	.	4 mois.	.	Fibrome de l'ovaire.	.	.	»	»	Kysto-fibrome végétant du ligament tubo-ovarien.	»	»
33	B. Holmer 1888	35	I	1 an.	Vague.	.	.	Normal.	Normaux.	»	Myome du ligament large gauche, du volume du poing.	Guérison.	»
34	Konrad 1889 (?)	.	.	.	.	.	.	.	»	»	Fibrome du ligament large droit en dégénérescence graisseuse du poids de 20 livres.	»	»
35	Alban-Doran 1889	32	I	2 ans.	.	.	Existe.	.	Gauche petit et kystique.	»	Fibrome mou du ligament de l'ovaire, pesant plus de 16 livres.	Guérison.	Adhérences.
36	Braun 1889 (?)	.	.	.	.	.	.	.	»	»	Fibrome du ligament large gauche.	Guérison.	»
37	Millot - Carpentier 1890 (?)	.	.	.	.	.	.	.	»	»	Fibromyome énorme inclus dans le ligament large.	Mort au 3e jour de l'opération.	»
38	Tedenat (in Pozzi, 1890)	48	II	7 ans.	Nette.	Kyste de l'ovaire.	.	.	»	»	Fibro-myomes des ligaments larges pesant 7 kil., et myome kystique.	Mort 20 heures après l'opération.	»
39	Gross 1892	31	Nullipare.	3 ans.	Manque.	Kyste dermoïde de l'ovaire.	Existe.	Normal.	Normaux.	»	Fibro-myome du ligament large droit. Poids : 2,500 gr.	Guérison.	Adhérences.
							LIPOMES.						
40	Peyrot 1875	Vieille.	.	Découverte à l'autopsie.	.	.	.	Présente un kyste du col.	.	»	Lipome de la grosseur du poing en forme de rein.	»	»
41	Middelschulte 1884	64	X	6 ans.	Nette inférieurement	Kyste de l'ovaire droit.	Peu appréciable.	Normal.	.	»	Lipome du ligament large droit. Poids : 30 livres.	Guérison.	Adhérences.
42	Pozzi 1890	.	.	.	Nette.	Kyste ovarique.	.	.	.	»	Tumeur lipomateuse énorme remplissant l'abdomen.	Mort après une ponction exploratrice.	»
							SARCOMES.						
43	Playfair 1873	.	.	Découverte à l'autop. déjà const. pend. la grossesse.	.	Dégénérescence maligne du péritoine.	.	Normal.	Normaux.	»	Sarcome du ligament large droit remplissant tout l'abdomen.	Mort 3 mois après l'accouchement.	Développement rapide de la tumeur après l'accouchement qui amène la mort de la malade 3 mois plus tard.
44	Péan 1876	18	Nullipare.	.	.	Fibrome utérin.	Existe.	.	.	»	Sarcome médullaire du ligament large droit du volume d'une tête d'adulte.	Mort au 2e jour de l'opération.	Trompes ganglions iliaques et mésentériques cancéreux. Une seule adhérence.
45	Satterthwaite (?) 1878	.	.	Découverte à l'autopsie.	.	.	.	Normal.	Normaux.	»	Sarcome ou Hématome du ligament large.	»	»
46	Schmid-Breisky 1878	33	I	4 à 5 ans.	.	Tumeur solide du ligament large droit.	Existe.	Normal.	Normaux.	»	Fibro-sarcome du ligament large droit.	Guérison.	»
47	Chénieux 1880.	32	Nullipare.	9 mois.	.	Tumeur utérine.	Existe.	.	.	»	Cysto-Sarcome implanté sur le ligament large gauche. Poids : 12 livres.	Mort au 13e jour de l'opération.	Aucune adhérence.
48	Duplay (?) 1880	20	Nullipare.	8 mois.	Nette à droite.	Sarcome kystique du ligament large droit.	.	.	.	»	»	»	Aucune opération.
49	Cushier 1887	37	Nullipare.	.	.	.	.	.	.	»	Fibro-sarcome du Parovaire.	»	»
50	Martin (?) 1887	47	I	2 ans.	.	Myome intra ligamentaire droit.	.	.	.	»	Myo-sarcome intra-ligamentaire droit.	Guérison.	»
51	Polaillon 1888	.	.	.	.	.	.	.	.	»	Cysto-sarcome du ligament large.	Guérison.	»
52	Rokitansky 1889	24	.	.	.	.	.	.	.	»	Fibro-sarcomes des ligaments larges	Mort 4 jours après l'opération.	»
							CARCINOMES.						
53	Hayes 1874	35	.	Découverte à l'autopsie.	.	.	.	Normal.	Normaux.	»	Carcinome médullaire du ligament large droit gros comme une tête d'enfant à terme.	»	»
54	Landouzy 1885	35	.	Découverte à l'autopsie.	.	.	.	Normal.	.	»	Tumeurs carcinomateuses des ligaments larges, de la grosseur d'un rein à gauche, de 2 raies réunies à droite.	Mort.	»